



HAL
open science

État des lieux de l'offre de soins primaires en médecine générale sur le territoire de Val de Garonne Agglomération et projection future

Leïla Bouras-Chatta

► **To cite this version:**

Leïla Bouras-Chatta. État des lieux de l'offre de soins primaires en médecine générale sur le territoire de Val de Garonne Agglomération et projection future. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01972467

HAL Id: dumas-01972467

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01972467>

Submitted on 7 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Leïla BOURAS- -CHATTA

Née le 31 octobre 1986 à Agen

**ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES EN MEDECINE
GENERALE SUR LE TERRITOIRE DE VAL DE GARONNE
AGGLOMERATION ET PROJECTION FUTURE**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Joël Hocquelet

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur William Durieux

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph	Président
Monsieur le Docteur Joël Hocquelet	Directeur
Monsieur le Professeur William Durieux	Rapporteur
Monsieur le Docteur Baptiste Luaces	Juge
Monsieur le Docteur Michel Durenque	Juge

REMERCIEMENTS

A notre président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph

Docteur en médecine

Professeur des Universités

Directeur et coordinateur du DES de médecine générale

Médecine générale

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Joël Hocquelet

Docteur en médecine

Délégué du président à la Commission départementale de la démographie médicale

Médecine générale

Merci infiniment, d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour tes conseils, le temps consacré à l'encadrement de ce travail. Merci de m'avoir apporté ton expérience sur le sujet de la démographie médicale. Je te suis très reconnaissante de m'avoir permis de terminer ce travail dans les délais parfois difficiles à tenir.

A notre rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur William Durieux

Docteur en médecine

Professeur des Universités

Directeur adjoint du DES de médecine générale

Médecine générale

Merci d'avoir accepté de rapporter ce travail. Merci pour le temps consacré, votre réactivité, vos remarques et vos conseils avisés.

A nos juges

Monsieur le Docteur Baptiste Luaces

Docteur en médecine

Maitre de conférences associé

Médecine générale

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Michel Durenque

Docteur en médecine

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du Lot-et-Garonne

Médecine générale

Merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Votre participation renforce l'intérêt de ce travail par l'importance de votre position au sein de la communauté médicale.

A tous les médecins rencontrés pendant ma formation, merci de m'avoir transmis vos connaissances.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de prendre le temps de participer à cette thèse.

A mes parents : merci pour votre soutien sans faille à toutes les étapes de ma vie, votre amour inconditionnel, vous m'avez encouragée, guidée et permis d'arriver là aujourd'hui. Mais il est vrai que papa tu commençais à t'impatienter que ta fille obtienne son diplôme de Docteur !!! Maman tu étais là pour le rassurer (et me rassurer par la même occasion !). Vous êtes des exemples pour moi, je suis fier d'être votre fille et j'espère faire aussi bien avec vos petits enfants !! Aujourd'hui, je vous dédie ce travail.

A ma famille : à mes frères, sœurs, beaux frères et belles sœurs et leurs princes et princesses, toujours un bonheur de se retrouver tous ensemble même si la distance rend ses moments rares mais si précieux ; à ma belle famille merci de m'avoir si bien accueillie et d'être toujours aux petits soins avec moi ! Merci à Momo pour son aide précieuse dans mon analyse statistique ! Merci à tous pour votre soutien, vos encouragements, vous avoir à mes côtés m'est très précieux ; je vous donne rendez vous à la prochaine grande réunion de famille après le 26 mars pour de nouveaux moments de partage et de bonheur.

A mes amis : notamment Anthony (à quand notre prochain restaurant entre deux consultations, bouffée d'air frais avant de reprendre la course effrénée !!!) ; Suz (oh oui c'est loin le CIJA et les nuits irlandaises à la belle étoile !!! on avait prévu quoi comme prochain voyage ???), Camillou : malgré la distance je pense à toi et j'espère bientôt voir ta petite princesse!!!

A Driss : merci de m'accompagner depuis maintenant plus de 10 ans, merci pour tous ces moments de bonheur, d'encouragements, de découvertes, mais aussi d'épreuves. Merci pour ton optimisme, ton humour sans faille !! Merci d'être une épaule sur laquelle je peux me reposer, d'être mon confident. Merci de pouvoir écrire ensemble une vie à deux . A nos futurs projets !

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	8
I. INTRODUCTION	9
II. PREAMBULE	10
A. Définition de l'offre de soins primaires	12
B. Etat de santé, sanitaire et sociale de la population de VGA.....	12
1.Présentation de VGA.....	12
2.Données démographiques.....	13
3.Données socio-économiques.....	14
4. Etat de santé des habitants de VGA.....	15
5. Accès et recours aux soins	17
C. Démographie médicale.....	18
1. Au niveau national.....	18
2. Au niveau régional.....	21
3. Au niveau de VGA.....	23
III. MATERIEL ET METHODES	27
A. Objectif	27
B. Type d'étude	27
C. Population étudiée.....	27
D. Questionnaire et recueil des données.....	27
E. Analyse statistique.....	28
IV. RESULTATS	30
A. Inclusion et participation de la population.....	30
B. Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	31
1. Âge et sexe des médecins.....	31
2. Université d'origine.....	32
3. Nombre d'année d'installation sur VGA.....	32

C. Organisation du cabinet.....	33
1.Exercice seul ou en groupe.....	33
2. Secrétariat.....	33
3. Accessibilité des locaux.....	33
4. Informatisation des dossiers médicaux.....	33
D. Activité actuelle.....	34
1. Mode d'activité.....	34
2. Volume d'activité.....	34
3. Ressenti par rapport aux consultations.....	35
4. Ressenti par rapport aux visites.....	36
5. Ressenti par rapport à la manière dont est assumée l'activité.....	36
6. MEP.....	36
7. Actes réalisés par les médecins généralistes.....	36
8. Données du RIAP.....	37
E. Permanences et continuité des soins.....	38
1.Participation à la permanence des soins ambulatoires.....	38
2. Congés annuel.....	38
3. Remplacement.....	38
F. Environnement : soins secondaires et imagerie.....	39
G. Prévision de l'activité future.....	40
1. Départ envisagé à la retraite.....	40
2. Evolution probable de l'activité à 2 et 5 ans.....	40
3. Travail en groupe.....	40
4. Regroupement pluri-professionnel.....	40
5. Capacité d'accueil de nouveaux patients.....	41
6. Adaptation face à l'éventuel hausse de demande de médecin traitant.....	41
7. Epuisement professionnel.....	41

H. Profils comparatifs en fonction de l'âge des médecins.....	42
1. Volume d'activité.....	42
2. Capacité d'accueil de nouveaux patients.....	42
3. Type d'installation.....	43
I. Profils comparatifs de l'activité en fonction de la date envisagée de départ à la retraite.	44
J. Profils comparatifs de l'activité en fonction du sexe.....	44
K. Profils comparatifs de l'activité en fonction du type d'installation.....	45
V. DISCUSSION.....	46
A. Limites de l'étude	46
1. Biais de sélection.....	46
2. Biais d'information.....	46
3. Le questionnaire de l'étude.....	46
B. Caractéristiques de la population de l'étude.....	47
C. Activité actuelle.....	48
1. Le cabinet.....	48
2. Volume d'activité des médecins.....	49
3. Ressenti des médecins sur leur activité.....	49
4. Type d'activité.....	50
5. Permanence et continuité des soins.....	50
6. Maison de santé pluri-professionnelle.....	51
7. Environnement.....	53
D. Activité future.....	54
1. Cessation d'activité.....	54
2. Evolution de l'activité.....	54
E. Profils comparatifs.....	55
1. Activité en fonction de l'âge.....	55
2. Activité en fonction du départ envisagé à la retraite.....	55

3. Activité en fonction du sexe.....	55
4. Activité en fonction du mode d'installation.....	56
F. Perspectives.....	57
VI. Conclusion.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES FIGURES.....	64
LISTE DES TABLEAUX.....	65
ANNEXE.....	66

ABREVIATIONS

ADELI : Automatisation D'Edition des Listes

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse National d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d' Assurance Maladie

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : ElectroCardioGramme

EFR : Epreuve Fonctionnelle Respiratoire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

Loi HPST : loi Hôpital, relative aux patients , à la santé et aux territoires

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MEP : Mode d'exercice particulier

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

RSA : Revenu de Solidarité Active

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

VGA : Val de Garonne Agglomération

I INTRODUCTION

L'accès aux soins pour tous est un enjeu de santé publique majeur. Ce sujet est au carrefour des intérêts de nombreux acteurs : les patients, pour lesquels la prévalence des maladies chroniques augmente ; les médecins, qui veulent améliorer leurs conditions de travail, et les institutions, garantes de l'intérêt général qui cherchent à améliorer l'accès aux soins en maîtrisant les dépenses. Le solde de médecins généralistes entrant et sortant est aujourd'hui en déséquilibre notoire et cette tendance s'inscrit dans la durée. Alors que l'on déplore déjà une chute de 8,4% de médecins généralistes entre 2007 et 2016 (1) la génération «baby boom» parvient progressivement au terme de sa carrière. Le nombre de retraités ne va donc cesser d'augmenter dans les années à venir. En parallèle de ce vieillissement, on assiste à une désaffectation des étudiants pour la médecine générale au profit des autres spécialités (moins chronophages, plus rémunératrices, plus valorisantes ...). Dans ce contexte il est chaque année difficile de pourvoir les places disponibles en médecine générale à l'issue des examens classant nationaux. En 2011, 16 % des postes n'ont pas trouvés preneurs ; tendance qui malgré tout est plus engageante aujourd'hui grâce à un rééquilibrage de la répartition des postes entre médecine générale et autres spécialités (6 % en 2016) (2).

De plus il existe un rejet de l'exercice libéral au profit du salariat avec une installation de plus en plus tardive des jeunes actifs qui souhaitent concilier vie privée et vie professionnelle.

Face à cela et malgré la volonté affichée des pouvoirs publics de reconnaître et restructurer les soins de premiers recours, on assiste à une désertification de nombreux territoires aussi bien ruraux (comme Val de Garonne agglomération) que dans de grandes métropoles comme Paris ; compromettant l'offre de soins en France.

Hypothèse : sur le territoire de Val de Garonne Agglomération (VGA), devant une faible densité médicale, des médecins saturés et un nombre important de départ à la retraite attendu, l'accès aux soins primaires pourrait se compliquer dans les années à venir.

Objectif : cette étude a donc pour objectif de faire un état des lieux précis de l'offre de soins primaires actuelle en médecine générale sur le territoire de VGA ainsi qu'une projection future. Les résultats de cette étude pourront permettre d'agir et d'améliorer les mesures déjà mises en place afin de limiter la restriction de l'offre de soins à venir.

Dans la première partie de notre travail nous essaierons de définir la notion d'offre de soins primaires ; nous ferons un rappel sur l'état de santé de la population de VGA ainsi qu'un état des lieux de la démographie médicale à l'échelle nationale, régionale et sur VGA.

Dans la deuxième partie : nous exposerons la méthodologie et les résultats de l'étude. Nous conclurons sur les pistes à prendre afin d'améliorer l'accès aux soins primaires sur VGA.

II PREAMBULE

A. Définition de l'offre de soins primaires

Le terme de soins primaires est une adaptation française du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960. A Alma-Ata en 1978 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays. »(3). Ce concept est donc porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également utilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extra-hospitaliers.

La définition des soins primaires en France est apparue dans la loi Hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) votée le 21 juillet 2009 dans le code de la santé publique article L 41.30.1 sous le titre « Accès de tous à des soins de qualité ». Elle a repris à son compte les propriétés de globalité et de coordination des prises en charge. Elle définit les missions du médecin généraliste ; celles-ci sont : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi "orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins, contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales, s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ».(4)

Il est communément retenu trois modèles types de soins primaires : (5-6) le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'état (Espagne, Finlande, Suède : centres de santé avec règles précises de planification , salariat majoritairement). Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande). Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation à l'initiative des acteurs sans hiérarchisation des rôles entre médecins de différentes spécialités ni même entre secteur ambulatoire et hospitalier (Allemagne, Canada, France).

Selon la typologie précédemment décrite : en France le système de soins est caractérisé par un modèle de soins primaires professionnel non hiérarchisé avec une offre de soins abondante, hétérogène et concurrentielle. Cette organisation héritée de l'histoire est largement déterminée par le principe de la charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout patient soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation.

Cependant devant l'évolution de la demande (augmentation des maladies chroniques et des situations complexes, autonomisation des patients) et de l'offre (évolution sociologique du corps médicale notamment féminisation et souhait d'un équilibre entre vie privée et professionnel ; poids des dépenses de santé , progrès technologiques) le modèle français tend à converger vers les deux autres.

En effet la loi HPST a renforcé le processus de territorialisation du système de soins avec la création d'agences régionales de santé (ARS). Ces agences qui possèdent des compétences élargies au secteur ambulatoire et au secteur médico-social, disposent de leviers d'action comme la définition des schémas d'organisation des soins ambulatoires (non opposables), l'organisation de la permanence des soins, la possibilité de contractualiser avec des regroupements de professionnels (centres de santé, maisons de santé,

réseaux...). Les ARS participent donc à l'organisation des soins en définissant les objectifs et services à rendre aux populations et mettant en œuvre les outils de la régularisation des soins de premiers recours par l'intermédiaire de contrats avec les professionnels de santé. Aussi nous assistons au développement de pratiques de groupes entre médecins ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire. En plus du paiement à l'acte, se développent de nouveaux mode de paiement (ROSP : rémunération sur objectif de santé ; salariat). Enfin mise en place du dispositif du médecin référent avec la réforme du médecin traitant de 2004.

Dans la continuité de la Loi HPST, le Pacte Santé Territoire a créé, en décembre 2012, les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a redéfini les soins primaires et organisé les soins sur de nouveaux territoires avec de nouvelles instances, en instaurant notamment le service territorial de santé au public.

Mais les dispositifs de régulation de l'offre de soins ambulatoires conservent néanmoins le statut de correctifs incitatifs. Le système de la médecine de ville reste fondé sur le principe de la liberté d'installation et d'automatisme de l'adhésion à la convention médicale nationale, corrélé avec le principe de liberté de choix des patients. L'essentiel de la régulation reste réalisé, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'entrée des étudiants en études de médecin.

B État de santé, sanitaire et social de la population sur Val de Garonne Agglomération (VGA)

1.Présentation de VGA

VGA est situé dans le Lot-et-Garonne, en Nouvelle Aquitaine entre Bordeaux et Agen ; constituée en 1993 sous le nom de «communauté des communes du Marmandais», elle comptait alors six communes. Le territoire s'est agrandi au fil des années pour devenir VGA en 2011 et est composé actuellement de 43 communes.

Les communes ont confié à VGA la gestion de plusieurs compétences essentielles au développement du territoire (santé, aménagement du territoire, économie, environnement...).

En langage administratif, VGA est un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre, c'est à dire une structure administrative française qui dispose du droit de prélever l'impôt (7).

Figure 1 : Les 43 communes de Val de Garonne agglomération



Elle est composée d'une grande aire urbaine : l'aire urbaine de Marmande (près de 35000 habitants) située au nord et une deuxième moins importante au sud : Tonneins (près de 8900 habitants).

2. Données démographiques

Au 1er janvier 2015, VGA comptait 59910 habitants (source INSEE recensement 2014) sur une superficie de 669 km² soit une densité moyenne faible de 89 habitants par km² avec des variations selon les communes (8).

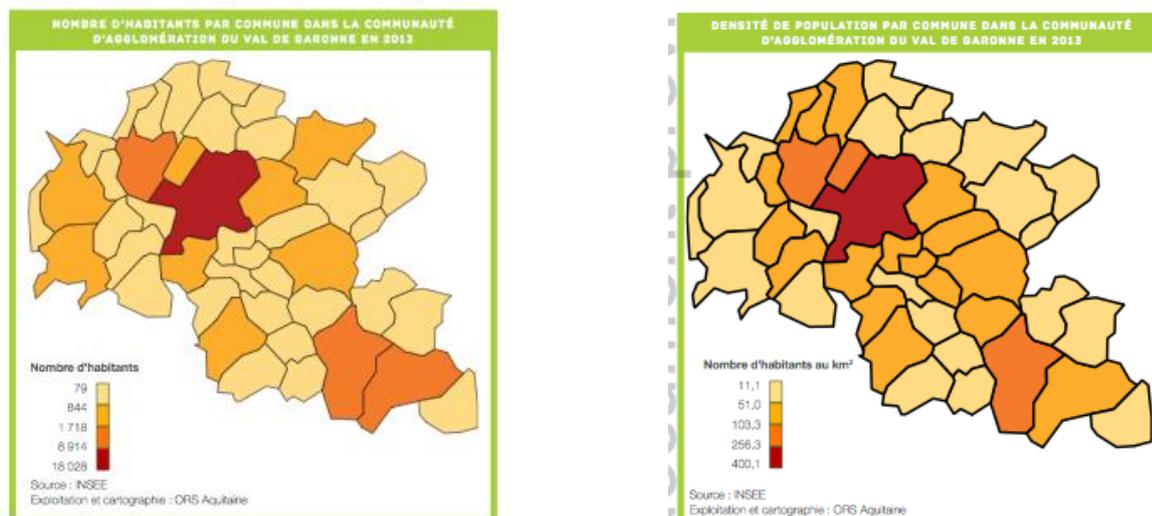


Figure 2 et 3 : Nombre d'habitants et densité de population par commune sur le territoire de Val de Garonne agglomération

La croissance démographique annuelle entre 2008 et 2013 est une croissance positive de 0,3% ; croissance équivalente à celle de la région et secondaire à l'attractivité du nord de l'agglomération (le solde naissance/décès étant nul).

Avec 12,6% de la population âgée de 75 ans ou plus, le territoire de VGA se caractérise à même hauteur que le Lot-et-Garonne d'une part importante de personnes âgées dont 1/3 vivant seules à domicile. Un vieillissement est attendu dans les prochaines années.(9)

Parallèlement VGA compte une part faible de jeunes adultes ; notamment de 20 à 24 ans, ceci s'expliquant en partie par leur départ vers les villes proposant des formations supérieures ou des diversités d'emplois.(9)(10)

3. Données socio-économiques

Avec des taux de précarité (indicateurs de précarité : taux de chômage, allocataires du RSA, part de la population dépendant à plus de 75% des prestations sociales) comparables à ceux du département mais supérieurs aux moyennes régionales, le territoire VGA se caractérise par une précarité relativement marquée, notamment sur Marmande et Tonneins. Le taux de chômage est plus élevée que celui du département et la région et touche essentiellement les femmes et les jeunes.(11)

Population au chômage (2013)

	Val de Garonne Agglomération		Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	effectif	taux de chômage	taux de chômage	taux de chômage	taux de chômage
chômeurs de 15 ans ou plus	3 662	14,2	13,7	12,6	13,0
chômage des femmes de 15 ans ou plus	1 970	15,7	14,7	13,4	13,6
Chômeurs par tranche d'âge					
15-24 ans	763	28,3	29,6	28,3	28,3
55 - 64 ans	426	11,1	10,3	9,3	10,1

Source : Insee (FP 2013)
taux de chômage = pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs)

Tableau 1 : taux de chômage sur VGA en 2013

Le revenu annuel net moyen au sein de l'agglomération est plus de 2700 euros en dessous de la moyenne régionale et une part élevée de foyers fiscaux ne sont pas imposés (62% contre 55% sur la région).(9)

Au niveau professionnel il existe une part importante de professions ouvrières et employés, à l'opposé les cadres et les professions intermédiaires sont moins présentes sur l'agglomération. Cela laisse présager des revenus plus modestes au sein de VGA ainsi que des niveaux d'éducation moins élevés pouvant influencer les conditions de vie de la population. En effet le niveau de qualification de la population est plus faible qu'au niveau régional et national ; on compte plus de 29% des personnes de 15 à 64 ans qui sont sortis du système scolaire sans qualification ou avec un niveau faible de qualification contre 22% au niveau régional.(9)

4. État de santé des habitants de VGA (9)(10)

Les pathologies chroniques les plus invalidantes sont estimées grâce au dispositif des affections de longue durée (ALD) ; en 2014, elles sont ainsi plus de 15000 affections de longue durée qui étaient prises en charge sur VGA. La prévalence des ALD est inférieure au taux national, quel que soit le sexe. 66% des ALD concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Sur l'agglomération, les principaux motifs d'ALD sont l'ensemble des pathologies cardiovasculaire, les maladies endocriniennes et les tumeurs. Pour les personnes âgées de moins de 65 ans, le premier motif d'ALD concerne les affections psychiatriques avec une prévalence supérieure au taux national.

Affections de longue durée (ALD) - Prévalence 2014

	Val de Garonne Agglomération		Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale
	Nombre	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé
Affections de longue durée - Répartition par sexe					
femmes	7 470	17 462,3	17 017,8	16 676,1	18 066,6
hommes	7 675	22 628,1	21 716,2	22 176,7	23 784,3
ensemble	15 145	19 786,3	19 122,4	19 116,5	20 572,5
Affections de longue durée - Répartition par âge					
moins de 65 ans	5 164	9 971,6	9 971,6	9 879,1	10 530,5
65 ans ou plus	9 980	69 756,6	65 779,6	66 140,5	71 065,3
ALD des personnes de moins de 65 ans - Principaux motifs					
maladies de l'appareil circulatoire (sans hypertension artérielle)	945	1 682,0	1 533,8	1 580,3	1 648,2
accident vasculaire cérébral invalidant	153	297,7	273,9	235,1	263,3
artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	154	295,4	250,9	284,8	288,9
insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	257	466,9	416,6	418,6	443,9
maladie coronaire	381	693,0	592,4	641,8	652,0
ensemble des tumeurs	766	1 417,2	1 410,5	1 500,4	1 527,5
cancer du côlon-rectum	59	93,9	99,4	97,5	99,6
cancer de la trachée, des bronches et du poumon	47	80,1	74,3	72,7	70,4
cancer du sein (femmes uniquement)	221	780,8	836,4	873,6	822,1
cancer de la prostate (homme uniquement)	53	166,5	161,7	187,1	198,0
cancer des VADS et de l'œsophage	49	80,1	72,6	79,3	82,7
leucémie	25	53,2	44,7	47,8	49,6
ensemble des ALD par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	910	1 651,7	1 723,6	1 702,3	2 004,9
diabète de type 2	730	1 277,2	1 297,6	1 284,4	1 569,7
affections psychiatriques de longue durée	1 061	2 238,3	2 314,1	2 160,7	1 971,8
ensemble des ALD par maladies du système nerveux	316	653,8	627,5	622,0	650,4
ensemble des ALD par maladies de l'appareil respiratoire	139	261,1	300,6	241,9	339,5
asthme	77	152,3	186,2	135,0	203,2
broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	20	36,1	40,1	43,7	60,4
ensemble des ALD par maladies de l'appareil digestif	195	396,6	431,5	434,1	500,9
ensemble des ALD par maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	230	461,0	478,7	524,5	539,1
insuffisance rénale	54	109,6	114,5	111,9	129,3
pathologies liées au tabac	422	725,0	665,0	728,0	768,7
pathologies liées à l'alcool	148	273,7	266,6	250,0	247,2
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee					
taux standardisés sur l'âge et le sexe avec comme population de référence la France entière au RP 2006. Le taux est présenté pour 100 000 habitants.					
<ul style="list-style-type: none"> ⊖ : taux standardisé significativement inférieur à la valeur France hexagonale au seuil de 5 % ⊙ : taux standardisé non significativement différent à la valeur France hexagonale au seuil de 5 % ⊕ : taux standardisé significativement supérieur à la valeur France hexagonale au seuil de 5 % 					

Tableau 2 : Prévalence des affections de longue durée sur VGA en 2014

Le taux de mortalité sur VGA est comparable au taux national, sauf pour les accidents de la circulation. Les deux principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et les tumeurs. Le troisième motif concerne les causes externes de morbidité, le taux standardisé pour ce dernier motif est supérieur à celui observée pour la France (notamment pour les accidents de la circulation).

Les décès survenus avant l'âge de 65 ans sont considérés comme des décès prématurés. Sur VGA le principal motif de décès concerne les tumeurs (44% des décès survenus avant 65 ans). Deux causes présentent des taux standardisés supérieurs à ceux observés au niveau national, les décès prématurés par accidents de la circulation et ceux par pathologies liées au tabac (deux motifs liés aux comportements individuels).

Sur VGA il existe une part importante de situations de perte d'autonomie notamment chez les personnes handicapés et les personnes âgées. En 2014 près de 1200 étaient bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit un taux de 4,2%, légèrement supérieur au taux national (3,1%) et régional (3,7%). Concernant les jeunes de moins de 20 ans, ils sont plus de 230 à être bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Par ailleurs près de 200 personnes percevaient fin 2015 la prestation de compensation du handicap (PCH). Concernant les personnes âgées, elles sont 1350 à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et elles ont une prévalence d'ALD pour la maladie d'Alzheimer ou autres démences plus élevée sur l'agglomération.(9)

Le suivi de la santé des élèves de 6ème à partir de données recueillies par les infirmières de l'éducation nationale lors des dépistages infirmiers montrent sur VGA des jeunes globalement en bonne santé mais présentant une surcharge pondérale. (10)

Parmi les 523 élèves de 6^e des collèges de Marmande, Tonneins et Le Mas d'Agenais (2015/2016)

	Élèves des collèges de VGA (%)	Aquitaine (%)
Surpoids ou obésité	19,1	15,5
Pratique d'une activité physique régulière	69,2	70,4
Port de lunettes / lentilles	40,2	32,8
État dentaire jugé correct	87,9	86,9
À jour dans la vaccination ROR	86,7	92,4



Sources : Rectorat de l'Académie de Bordeaux , Collège de Nérac, ARS Nouvelle-Aquitaine / Exploitation : ORS Aquitaine (données brutes)

Tableau 3 : Enquête sur l'état de santé des collégiens de Marmande , Tonneins et Le Mas d'Agenais en 2015/2016

En conclusion sur l'état de santé de la population de VGA : il est globalement bon mais quelques pathologies ou causes à suivre, notamment les affections psychiatriques, les pathologies liées au tabac, les insuffisances cardiaques, les accidents de la circulation et la surcharge pondérale des jeunes.

5. L'accès et le recours aux soins sur VGA

Près de 70% de la population de VGA est couverte par le régime de la sécurité sociale dont 10% qui n'ont pas déclaré de médecin traitant (source CPAM 47). Le recours aux soins se situe dans la moyenne nationale mais des situations sont à approfondir.

Tout d'abord en 2015 environ 19% des bénéficiaires du régime général sont sans complémentaire, avec le niveau de vie c'est un facteur de renoncement aux soins pour raisons financières. Ensuite 7% des bénéficiaires n'ont pas eut de remboursement de soins dans les 24 mois (est ce secondaire à une bonne santé ou à un renoncement dû à des causes financières ?) (9)(11). Enfin il existe une participation aux dépistages organisés des cancers qui est moyenne et disparate sur le territoire.

En 2015 pour les habitants de VGA , il est estimé qu'il y a eu près de 9300 passages aux urgences dont 63% non suivis d'hospitalisations. Parmi ces 6400 passages non suivis d'hospitalisations, 83% ont eu lieu au CH de Marmande, 5,5% au CH d'Agen et de façon minime aux CH Bordeaux, Langon et Villeneuve.

Près de 6820 personnes de l'agglomération ont été hospitalisées pour un total de 10500 séjours hospitaliers. Près de 40% des séjours se sont déroulés au CHIC de Marmande Tonneins, 14% à la clinique Esquirol d'Agen et 12 % au CHU de Bordeaux. (données PMSI de la base sécurisée de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation)(9)

La région Centre recense la plus faible densité avec 107,5 médecins pour 100000 habitants tandis que la région PACA enregistre la plus forte densité avec 152,6 médecins pour 100000 habitants.(1)

On note que la totalité des départements sauf la Loire-Atlantique et la Savoie (respectivement + 0,6% et +0,3%) enregistre une baisse plus ou moins significative de la variation de la densité en activité régulière.

Figure 5 : Densité régionale des médecins généralistes en 2016

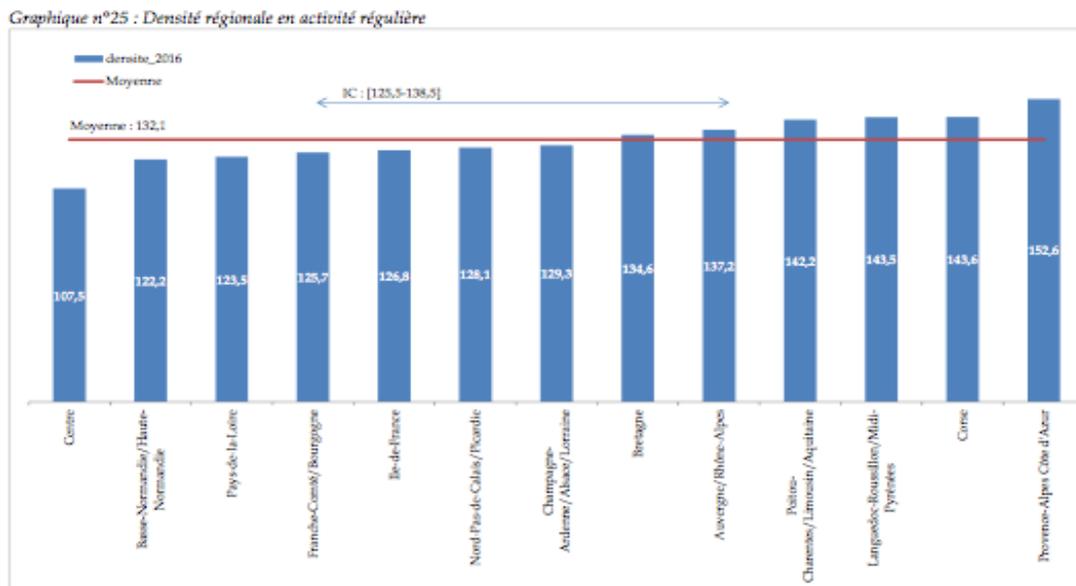


Figure 6 : variation de la densité des médecins généralistes en France 2007/2016



Âgés en moyenne de 52 ans, les médecins généralistes sont représentés à 54% par des hommes et 46% par des femmes. 27,3 % sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs. (1) Le nombre de médecins généralistes retraités actifs augmente de façon importante. (cumul possible depuis 2007).

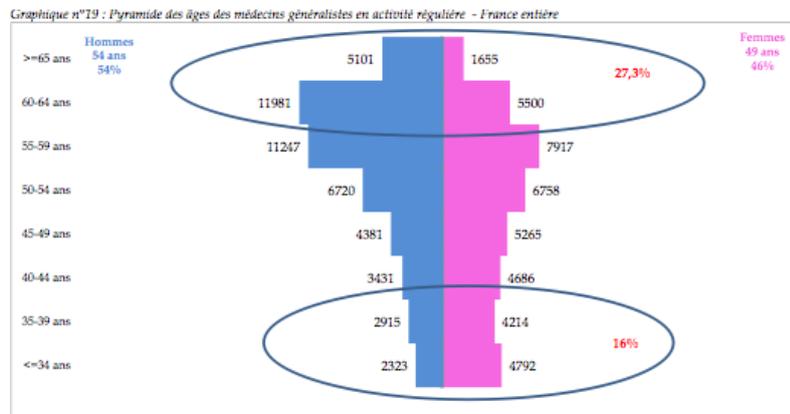


Figure 7 : Pyramides des âges des médecins généralistes en France en 2016

La proportion de femmes parmi les généralistes libéraux a considérablement augmenté passant de 15,4 % en 1984 à 32,5 % en 2011 (Eco-santé, ADELI 2011). Ce phénomène devrait continuer puisque depuis 2006 plus des deux tiers des étudiants affectés en médecine générale sont des femmes (Fauvet 2012). (13) La DRESS estime que plus de 50% des médecins exerçant peu après 2020 seront des femmes, 52 % en 2025 et 56,4% en 2030.(14)

En conclusion, à l'échelle nationale on assiste à une diminution des effectifs et un vieillissement des médecins généralistes ainsi qu'à la féminisation de la profession.

2. Au niveau régional

Au 1er janvier 2016, les 12 départements de la nouvelle région Poitou Charente-Limousin-Aquitaine compte 5 939 377 habitants. Elle recense 8448 médecins généralistes dont 66,8% ayant un mode d'exercice libéral ou mixte soit : 5643 médecins ; ce qui correspond à une baisse des effectifs de 12,3% entre 2007 et 2016. La densité globale est de 142 médecins généralistes pour 100000 habitants et 95 chez les médecins généralistes ayant un mode d'exercice libéral ou mixte. (1)

L'âge moyen des médecins généralistes en nouvelle Aquitaine est de 51,7 ans (équivalent à la moyenne nationale) dont 16% ayant moins de 40 ans et 26% plus de 60 ans.

L'approche territoriale à l'échelle des 141 bassins de vie ¹ confirme cette évolution et montre que sur la période 2007/2015 (étude au niveau de l'ancienne Aquitaine) 95 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes. Le bassin de vie de Mareuil enregistre la plus forte baisse des effectifs (-80%). Les bassins de vie de Galpon, de Garlin et Tonneins se positionnent au second rang des plus fortes baisses d'effectifs (-50%). (14)

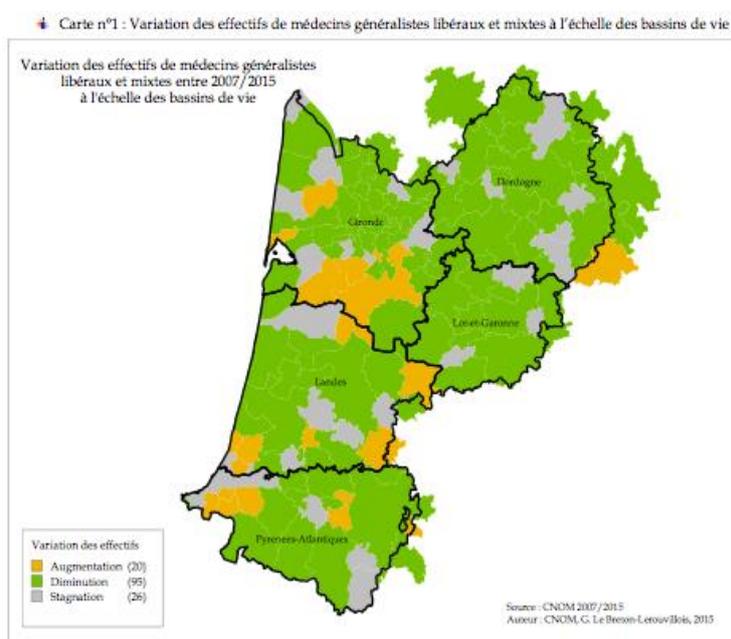


Figure 8 : Variation des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine entre 2007 et 2015

¹ Plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants : santé , enseignement, commerces , services aux particuliers, transport, culture .

Concernant la densité, en 2015, 48% des bassins de vie de la région Aquitaine sont caractérisés par une densité faible notamment le Lot-et-Garonne objet de notre étude. (14)

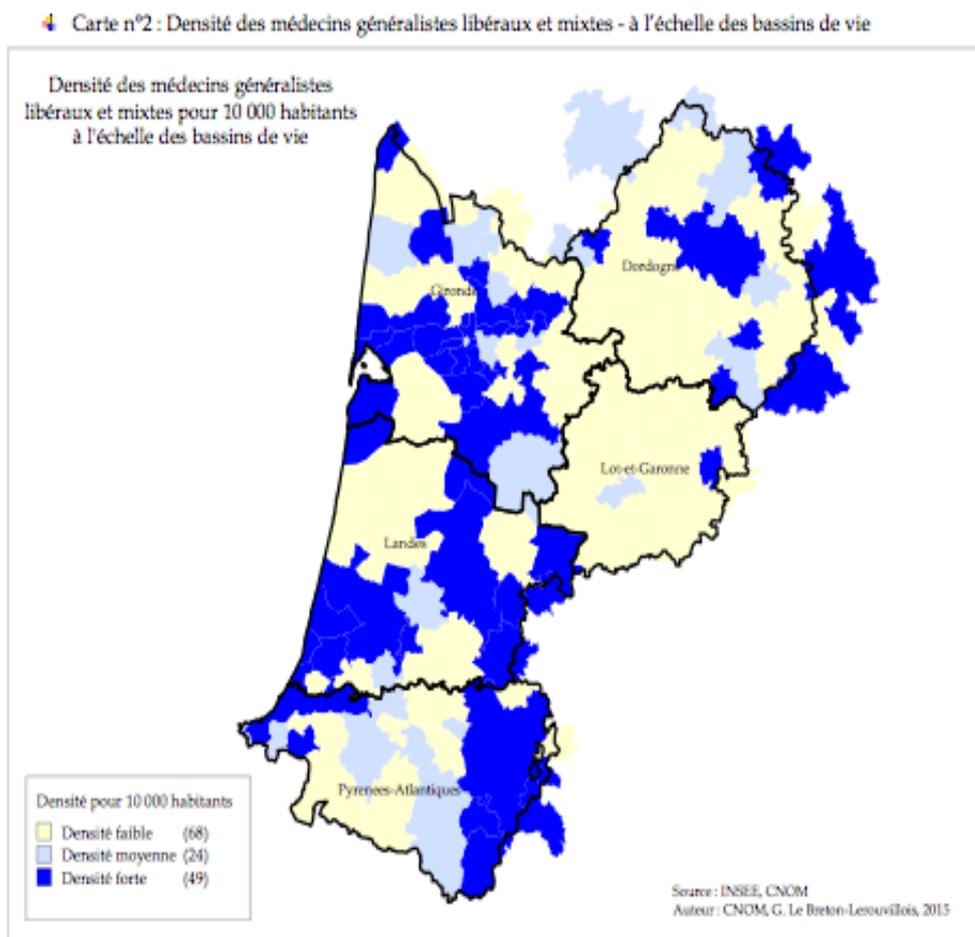


Figure 9 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine en 2015

3. Au niveau de VGA

❖ Médecins généralistes (mode d'exercice libéral ou mixte)

D'après les données de la CPAM au premier août 2017 (15) VGA recense 41 médecins généralistes : 22 sur Marmande, 4 sur Tonneins et 15 sur le reste de la communauté. Le conseil départementale de l'ordre des médecins du Lot-et-Garonne recense lui 37 médecins généralistes : 18 sur Marmande, 4 sur Tonneins et 15 sur le reste de la communauté. Cette différence s'explique par le fait que la CPAM comptabilise les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier (2 angiologues et 1 allergologue), par ailleurs 2 médecins généralistes ne sont pas inscrits à l'ordre des médecins du Lot-et-Garonne mais sont inscrits sur le site améi et à l'inverse 1 médecin est inscrit à l'orde mais pas sur améi.

Au premier janvier 2016 la densité des médecins généralistes ayant un mode d'exercice libéral ou mixte était de 75,3 médecins pour 100000 habitants soit une densité très faible(10).

Il existe sur le territoire une Maison de santé pluri-professionnelles se situant à Tonneins ouverte depuis janvier 2016 et une deuxième au Mas d'Agonais ouverte en décembre 2017.

❖ Spécialistes et paramédicaux (10)

Professionnels de santé libéraux ou mixtes (au 1^{er} janvier 2016)

	Val de Garonne Agglomération		Lot-et-Garonne	Nouvelle-Aquitaine	France hexagonale.
	nombre	densité	densité	densité	densité
Professionnels de santé libéraux ou mixtes (nombre et densité pour 100 000 habitants)					
médecins généralistes*	45	75,3	77,7	115,8	104,7
médecins spécialistes	26	43,5	57,0	92,8	94,7
chirurgiens-dentistes (en 2015)	24	40,1	50,1	57,5	58,8
infirmiers	123	205,8	218,2	205,9	174,3
masseurs-kinésithérapeutes	46	77,0	79,8	110,1	104,1
sages-femmes (en 2015)**	2	17,4	18,6	28,8	25,1
pédicures-podologues	9	15,1	19,2	22,7	20,7
orthophonistes	8	13,4	16,5	24,7	30,1
orthoptistes	2	3,3	3,3	4,8	4,4
psychologues	9	15,1	15,9	23,8	27,9
pharmacies (y compris minières ou mutualistes)	24	40,1	38,4	38,0	ND

Sources : ASIP-RPPS, ARS Nouvelle-Aquitaine, Insee (FP2013) Fhess
 * médecins généralistes exerçant principalement une médecine de premier recours, actifs, libéraux ou mixtes (dont l'activité la plus ancienne est libérale), ayant une activité standard de soin (i.e. hors activité en tant que remplaçant et hors activité non soignante), âgés de moins de 75 ans.
 ** pour les sages-femmes (densité pour 100 femmes de 15-49 ans/ libérale uniquement)

Tableau 4 : Densité des professionnels de santé libéraux ou mixtes sur VGA au 1er janvier 2016

Les médecins spécialistes ont une densité pour 100000 habitants de 43,5 ; bien en dessous de celle à l'échelle nationale (94,7), régionale (92,6) et à moindre mesure départementale (57).

La densité est également faible concernant : les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes, les sages femmes, podologues et psychologues.

Au premier janvier 2017, l'âge des médecins spécialistes libéraux est élevé sur VGA, ainsi les deux psychiatres de l'agglomération ont plus de 60 ans ainsi que les 2/3 des gynécologues et ophtalmologues libéraux.(10)

Val de Garonne Agglomération			
	nombre de PS	nombre de PS de 60 ans ou plus	part de PS de 60 ans ou plus
médecins généralistes*	44	18	40,9
psychiatres	2	2	100,0
gynécologues	3	2	66,7
ophtalmologues	5	3	60,0
chirurgiens dentistes	22	7	31,8
masseurs-kinésithérapeutes	41	9	22,0
infirmiers	98	11	11,2

Source : CPAM 47
 PS : professionnels de santé
 * médecins généralistes y compris ceux qui exercent des activités particulières (angiologues...)

Tableau 5 : Âge des professionnels de santé de VGA (2016)

	Val de Garonne Agglomération		Lot-et-Garonne	
	activité libérale	activité salariée	activité libérale	activité salariée
anatomie et cytologie pathologiques	0	0	7	2
anesthésie-réanimation	1	7	14	22
biologie médicale	1	1	3	7
cardiologie et maladies vasculaires	3	3	16	9
chirurgie générale	1	3	3	5
chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0	1	4	1
chirurgie orthopédique et traumatologie	1	2	8	9
chirurgie infantile	0	0	0	0
chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	1	0	2	0
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0	0	1	0
chirurgie urologique	0	0	4	1
chirurgie vasculaire	0	0	3	0
chirurgie viscérale et digestive	0	1	3	6
dermatologie et vénéréologie	1	0	8	1
endocrinologie et métabolisme	2	0	4	5
génétique médicale	0	0	0	0
gériatrie	0	3	0	11
gynécologie médicale	1	2	10	5
gynécologie-obstétrique	0	0	6	5
hématologie	0	0	0	1
gastro-entérologie et hépatologie	0	2	8	6
médecine du travail	0	0	0	2
médecine interne	0	1	0	9
médecine nucléaire	0	0	0	3
médecine physique et réadaptation	0	2	2	3
néphrologie	0	0	0	4
neuro-chirurgie	0	0	0	0
neurologie	0	0	2	5
O.R.L. et chirurgie cervico-faciale	1	0	7	0
oncologie option médicale	0	0	0	1
ophtalmologie	6	0	23	2
pédiatrie	0	4	4	16
pneumologie	2	0	8	2
psychiatrie	2	0	16	31
radiodiagnostic	2	2	17	7
radiothérapie	0	0	3	0
réanimation médicale	0	0	0	0
rhumatologie	1	0	4	2
santé publique et médecine sociale	0	1	0	5
ensemble	26	35	190	188

Sources : ASIP-RPPS, ARS Nouvelle-Aquitaine

Tableau 6 : Médecins spécialistes exerçant une activité salariée ou libérale au 1er janvier 2016 sur VGA

❖ **Urgences :**

Il existe un service d'urgence sur Marmande au CHIC Marmande Tonneins

❖ **Hôpitaux :**

Centre Hospitalier Inter Communal Marmande et Tonneins avec des unités médico-chirurgicales, court séjour , consultations externes ainsi qu'un service de soins et de réadaptation (basé à Tonneins), une unité de vie Alzheimer (Tonneins), 2 EHPAD (Marmande et Tonneins).

❖ **Prévention :**

Deux centres médico-sociales : Marmande et Tonneins.

❖ **Établissements d'hébergement :**

Il existe sur VGA de nombreux établissements accueillant les personnes âgées: 10 EHPAD, 1 UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), 3 foyers logements et 1 MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées), ainsi qu'une diversité importante de structures d'accueil pour adultes et enfants handicapés.

❖ **Soins à domiciles :** 3 services de SSIAD

❖ **Autres :**

- 1 centre de médecine physique et réadaptation à Virazeil
- Actions sociales : Plate forme territoriale d'appui, CMP, CATTP, CHRS, MECS, CSAPA, PASS...

En conclusion : VGA compte une densité faible et vieillissante de médecins généralistes, spécialistes et kinésithérapeutes, par contre elle offre une diversité concernant les structures sanitaires et médico-sociales.

III. Matériel et méthode

A. Objectif

Les objectifs de l'étude étaient de décrire l'état actuel de l'offre de soins primaire des médecins généralistes sur VGA et d'estimer l'évolution prévisible de l'offre à 2 et 5 ans.

B. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale, déclarative menée à l'aide d'un questionnaire distribué aux médecins généralistes de VGA.

C. Population étudiée

Elle était constituée de médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte au sein de VGA.

Les médecins ayant un mode d'activité particulier à 100 % ont été exclus car n'avaient aucune activité de soins primaires.

La liste des médecins généralistes a été établie à partir des données de l'Ordre départementale des Médecins du Lot-et-Garonne et de l'annuaire santé de la CPAM (ameli.fr). Elle a permis de recueillir le nom, l'adresse postale, le numéro de téléphone et l'adresse mail de chacun des médecins.

D. Questionnaire et recueil des données

Le questionnaire (cf ANNEXE) a été élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse à partir d'une revue de la littérature sur l'offre de soins en médecine générale.

Le questionnaire était accompagné d'une note explicative (cf ANNEXE). Il a été envoyé par courrier et par courriel ; chaque médecin avait donc la possibilité de répondre par papier via une enveloppe T ou de façon numérique via un lien direct à partir du site evalandgo.fr.

Le questionnaire était divisé en deux parties :

-la première concernait les variables liées à l'offre actuelle :

- données individuelles : sexe, âge, faculté d'origine
- organisation du cabinet
- mode, volume et contenu d'activité
- permanence et continuités des soins (gardes , remplaçants)
- environnement
- épuisement

-la deuxième partie concernait les variables liées à l'offre future :

- départ envisagé à la retraite
- évolution probable à 2 et 5 ans de l'activité libérale (cessation, stabilité, diminution, augmentation)
- projet de modification d'activité (rejoindre une autre structure pluridisciplinaire, collaboration, association)
- épuisement

Afin d'inciter les médecins à répondre, les médecins ont été contactés par téléphone dans la semaine suivant l'envoi du questionnaire pour les sensibiliser au sujet de l'étude et s'assurer de la bonne réception du questionnaire.

Une relance par mail a été réalisé 3 semaines après le début de l'étude.

Le recueil a été réalisé du 28 septembre 2017 au 04 décembre 2017.

E. Analyse statistique

Le recueil des données de l'enquête a été réalisé à l'aide du logiciel de questionnaire en ligne evalandgo. Après l'exportation des données (format CSV) sur un fichier Excel et recodage des données en variable numérique ou qualitatives facilement exploitables, les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel mini tab 18.

Dans une première partie, une analyse descriptive simple de l'ensemble des variables a été réalisé :

– variables qualitatives concernant :

- les données individuelles : sexe, âge, université d'origine, date d'installation sur VGA.
- le cabinet : l'exercice isolé ou en groupe, l'existence et les caractéristiques d'un secrétariat, les horaires d'ouverture du cabinet, l'accessibilité du cabinet, l'informatisation du cabinet, l'appartenance à une maison ou pôle de santé.
- l'activité actuelle : l'exercice en tant que titulaire ou collaborateur, le type d'activité (libérale intégrale ou mixte), la maîtrise de stage, la capacité à voir tous les patients ou non, l'existence d'un remplaçant régulier, l'existence d'un mode d'exercice particulier, la pratique d'une activité de gynécologie et d'autres actes, l'épuisement.
- l'activité future : l'évolution à 2 et 5 ans (cessation, stabilisation, diminution, augmentation) ; l'orientation possible vers un exercice au sein d'un groupe pluri-professionnel, l'épuisement.

- variables quantitatives concernant l'activité actuelle : le nombre de patients, le volume d'activité (nombre d'heures et de jours par semaine travaillé, nombre de consultations et visites par semaine, durée d'une consultation), les données du RIAP.

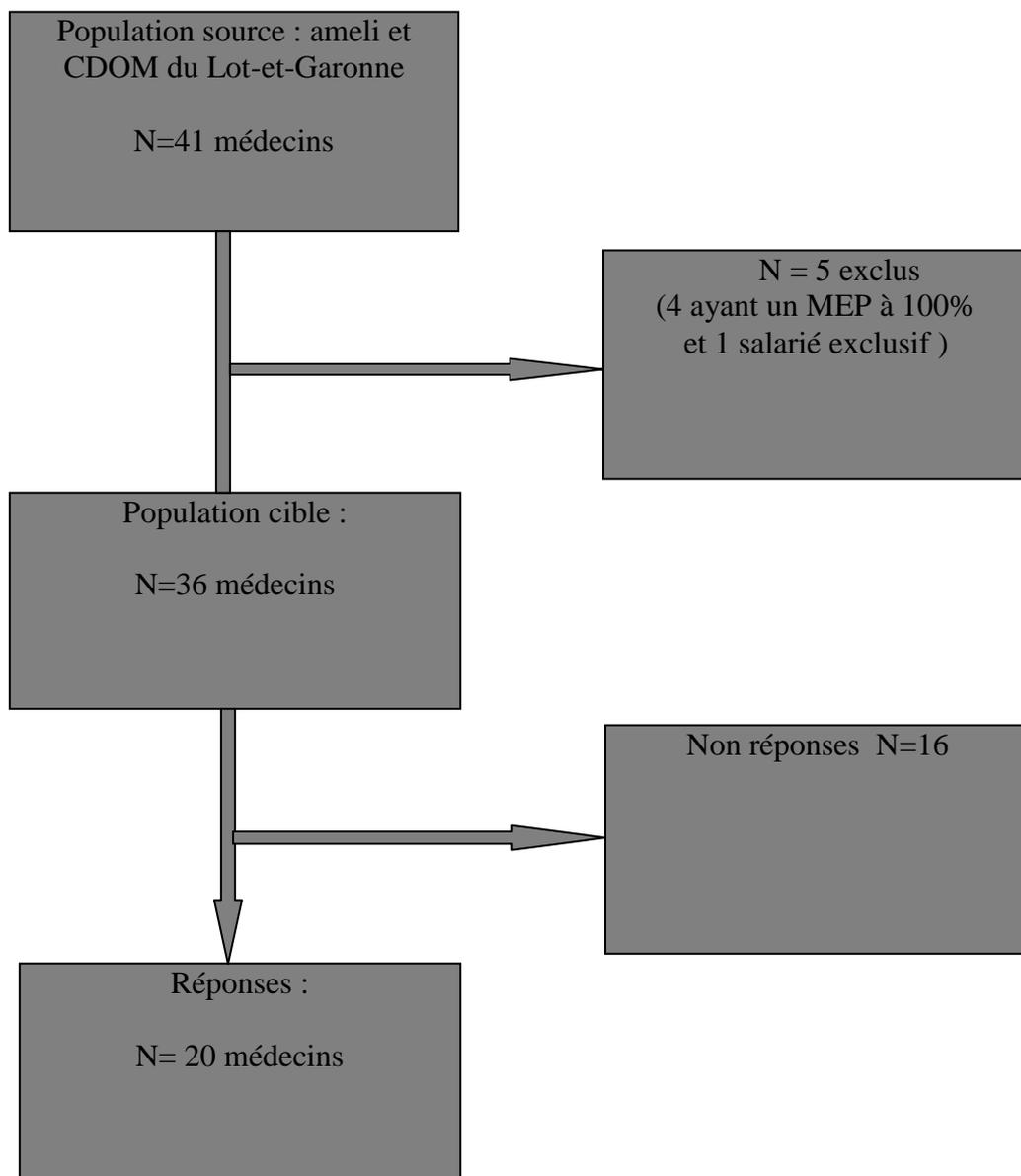
Puis dans une deuxième partie, une analyse comparative du volume d'activité a été réalisée en fonction de l'âge des médecins (plus ou moins 45 ans), de la date de départ envisagée à la retraite (plus ou moins 5ans), du type de cabinet (individuel vs groupe) et enfin en fonction du sexe. Les tests statistiques d'hypothèse (t de Student) ont permis d'affirmer ou infirmer la présence d'une différence significative entre les groupes avec un risque alpha de 0.05.

IV. RESULTATS

A. Inclusion et participation de la population

Sur 41 médecins éligibles, 36 ont été inclus dans notre étude avec un taux de participation de 56%.

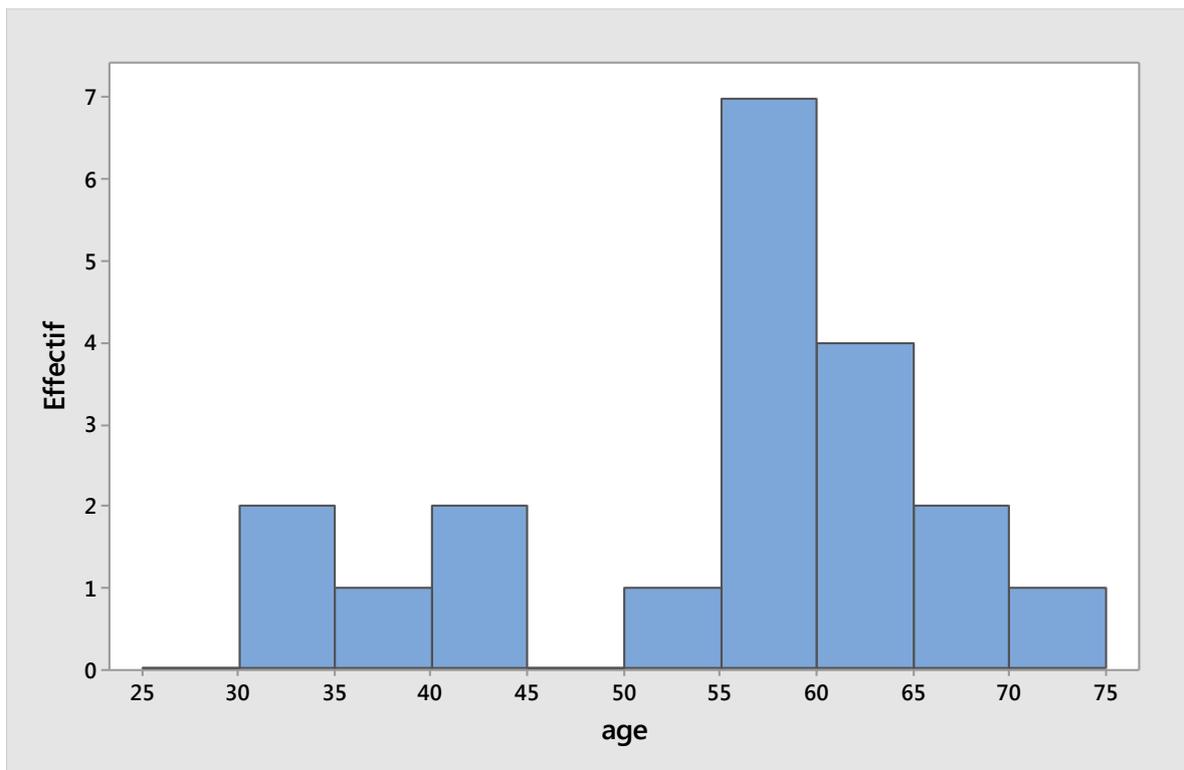
Figure 10 :Diagramme de flux des médecins inclus dans l'étude



B. Caractéristiques sociodémographiques de la population

1. Age et sexe des médecins

Figure 11 : Age des médecins de VGA



L'âge des médecins de l'étude s'étendait de 30 ans à 71 ans avec un âge moyen de 55,3 ans et un âge médian de 58,5 ans. Ils étaient 15% à avoir moins de 40 ans et 35% à avoir plus de 60 ans.

Tableau 7 : Age des médecins de VGA

Variable	N	Moyenne	Ectyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Age	20	55,30	11,89	30,00	45,75	58,50	63,75	71,00

Cette population comptait 3 femmes ce qui représentait 15% de la population. Elles étaient en moyenne plus jeunes (43ans) que les hommes (57ans).

2. Université d'origine

Tous les médecins ont étudiés à Bordeaux sauf un à Paris.

3. Nombre d'année d'installation sur VGA

Les médecins étaient en moyenne installés depuis 22,65 ans et 25 % d'entre eux l'étaient depuis plus de 35 ans.

Tableau 8 : Nombre d'année d'installation des médecins

Variable	N	Moy	Ectyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Nombre d'année d'installation	20	22,65	14,39	2,00	5,25	27,00	35,00	42,00

On note 5 installations les cinq dernières années sur VGA soit une moyenne d'une installation par an.

C. Organisation du cabinet

1. Exercice seul ou en groupe

Les médecins exerçaient essentiellement en groupe (70%).

Parmi les médecins qui exerçaient en groupe, 71% étaient composés uniquement de médecins généralistes, 29 % des médecins travaillant en groupe étaient associés à d'autres professionnels de santé : infirmière, podologue et kinésithérapeute.

Aucun n'exerçait dans une structure pluri professionnelle type maison ou pôle de santé.

2. Secrétariat

85% (soit 17) des médecins avaient un secrétariat ; parmi eux : 53% (soit 9) disposaient d'un(e) secrétaire présent(e) au cours d'une partie des horaires d'accueil des patients, 41% (soit 7) disposaient d'un(e) secrétaire présent(e) à toutes les horaires d'accueil des patients et 6% (soit 1 médecin) disposait d'un secrétariat téléphonique.

3. Accessibilité des locaux

Tous les cabinets étaient accessibles en fauteuil roulant.

60% des cabinets l'étaient en totalité contre 40% qui l'étaient partiellement.

4. Informatisation des dossiers médicaux

1 médecin sur les 20 n'était pas informatisé, il s'agissait d'un homme âgé de plus de 60 ans exerçant seul.

Parmi les 95 % de médecins informatisés les logiciels utilisés étaient variés, les plus utilisés étaient : axisanté 5, medi 4000 et hellodoc.

D.ACTIVITE ACTUELLE EN SOINS PRIMAIRES

1. Mode d'activité

Tous les médecins interrogés étaient médecins titulaires sauf un médecin qui était collaborateur libéral.

Seulement 2 des médecins interrogés avaient une activité mixte : 1 médecin coordinateur de maison de retraite et l'autre n'était pas précisé (réponse autre au questionnaire).

Seulement 2 des médecins interrogés étaient maître de stage.

2. Volume d'activité

• Taille de la patientèle :

Les médecins généralistes déclaraient avoir en moyenne 1543 patients. Ils étaient 25 % à utiliser les données améli, les autres médecins ont donné une estimation.

Tableau 9 : Nombre de patients dans la patientèle des médecins

Variable	N	Moyenne	EcTyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Nombre de patients	20	1543	873	499	973	1274	2150	3700

• Temps d'activité :

Les médecins déclaraient travailler en moyenne 4,5 jours et 47,5 heures par semaine avec un maximum de 72,5 heures et un minimum de 35 heures par semaine. Ce nombre d'heures travaillées leur permettait d'effectuer en moyenne 140,5 consultations et 16,6 visites par semaine avec un maximum de 300 consultations et 50 visites par semaine.

En moyenne une consultation durait 15,5 minutes (écart-type 3,3).

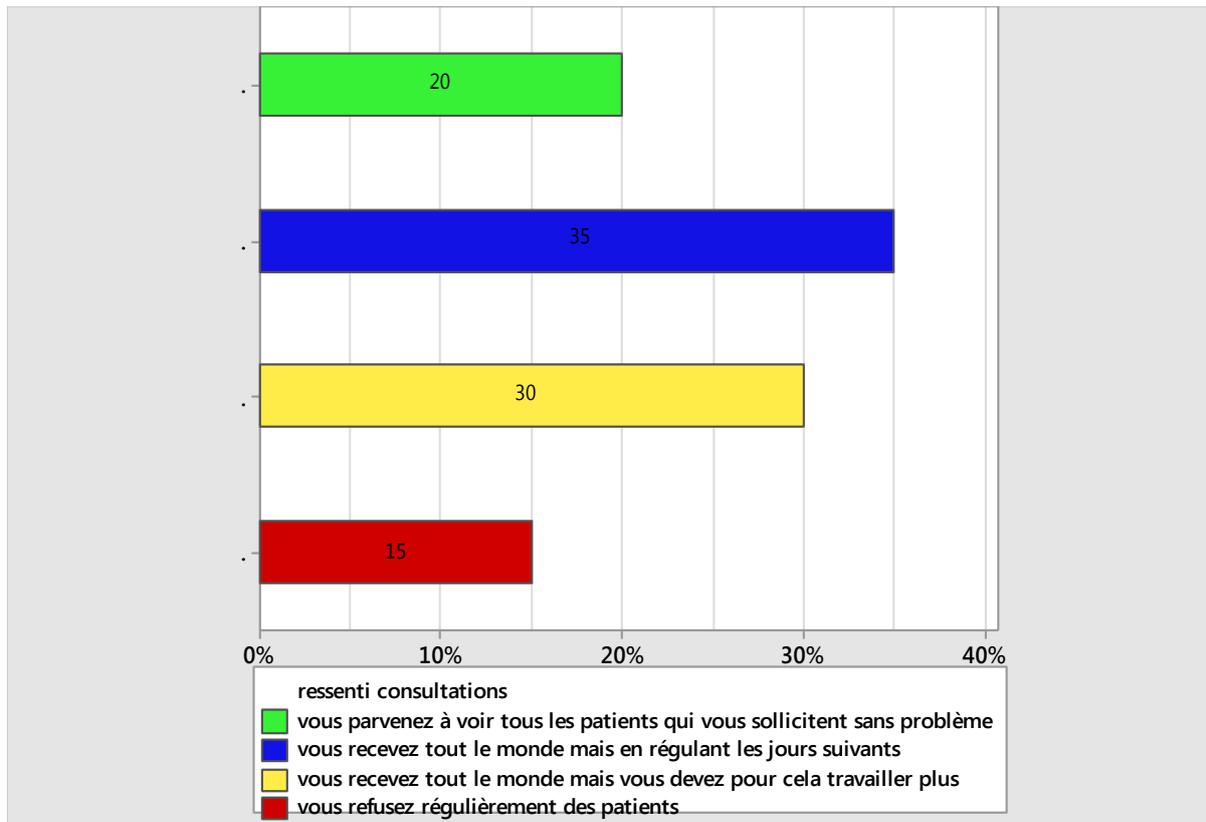
Tableau 10 : caractéristiques du temps d'activité des médecins

Variable	N	Moyenne	EcTyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Nombre de journées travaillées par semaine	20	4,5	0,8	3	4	4,5	5	6
Nombre d'heures travaillées par semaine	20	47,5	7,9	35	43,3	45	50	72,5
Nombre de consultations par semaine	20	140,5	54,1	40	112,5	132,5	160	300
Nombre de visites par semaine	20	16,6	14,5	1	4,3	10	28,8	50

3. Ressenti par rapport aux consultations

Les médecins étaient 20% à parvenir à voir tous les patients qui les sollicitent sans problème et 15% à refuser régulièrement des patients en consultation.

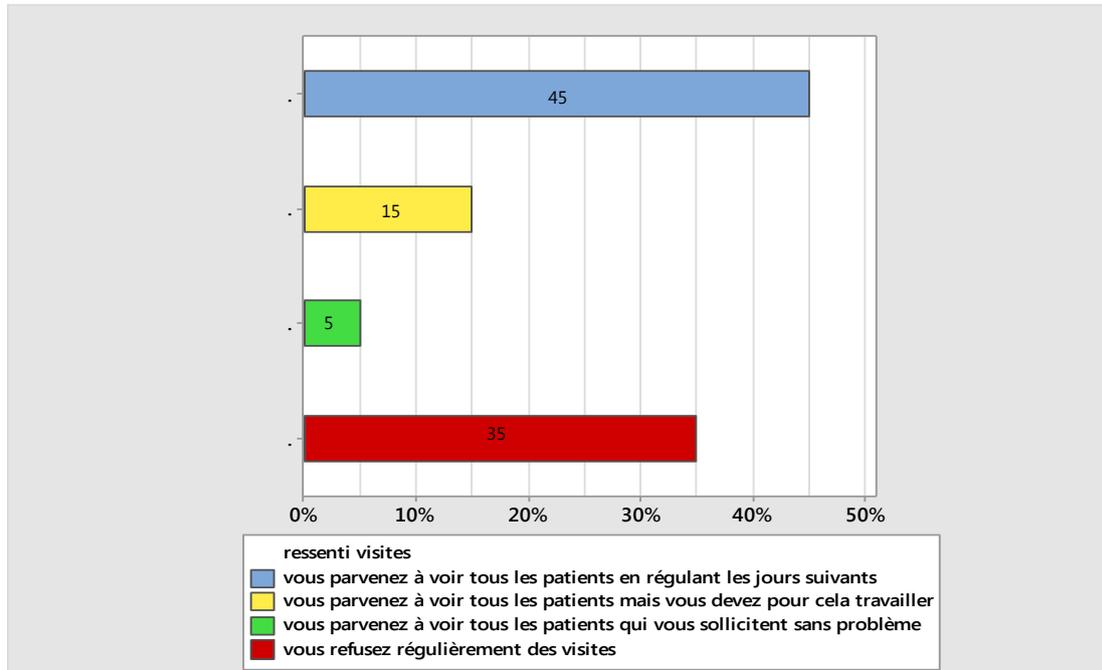
Figure 12 : Ressenti par rapport aux consultations des médecins généralistes



4. Ressenti par rapport aux visites

5% des médecins parvenaient à voir en visite tous les patients qui les sollicitent, 35% refusaient régulièrement des visites.

Figure 13: Ressenti des médecins généralistes par rapport aux visites



5. Ressenti par rapport à la manière dont est assumée l'activité

Les médecins étaient 45% à assumer sereinement leur activité, 45% avec quelques difficultés et 10% au prix d'un épuisement professionnel.

6. Mode d'exercice particulier

1 médecin sur les 20 répondants déclarait avoir un mode d'exercice particulier qui était l'hypnose, il ne précisait pas en quel pourcentage de son activité libérale.

7. Actes réalisés par les médecins généralistes

Il était demandé aux médecins quels actes de gynécologie et quels autres actes de spécialité réalisaient ils.

- **Actes de gynécologie :**

L'acte de gynécologie le plus pratiqué était le frottis cervico-vaginal ; 12 médecins soit 60% déclaraient le réaliser. La pose d'implant sous-cutané était réalisée par 3 médecins soit 15% des médecins ; le suivi de grossesse par 2 médecins soit 10% et la pose de stérilet par 1 médecin soit 5%.

7 médecins soit 35% ne réalisaient aucun acte de gynécologie.

- **Autres actes :**

Les autres actes les plus réalisés étaient les petits soins (suture, pansements,...) pour 14 médecins (soit 70%) et la réalisation d'électrocardiogramme pour 11 médecins (soit 55%).

Ils étaient 2 médecins (soit 10%) à réaliser des Epreuves Fonctionnelles Respiratoires ou des dépistages de syndrome d'apnée du sommeil et 1 médecin (soit 5%) à faire des échographies.

8. Données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

Il était demandé aux médecins de répondre aux données suivantes avec le RIAP qui leur était envoyé par l'Assurance Maladie. Ils étaient 11 médecins à disposer de leur RIAP.

Tableau 11 : Données du RIAP des médecins généralistes

Variable	N	Moyenne	EcTyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Nombre de consultations par an	11	7148	3069	3566	5079	6000	8936	13500
Nombre de visite par an	11	782	807	59	150	500	1517	2500
pourcentage de patients CMUc	11	8,29	8,35	0,08	4,19	5,00	7,16	26,00
pourcentage de moins de 16ans	11	21,64	4,26	14,80	17,85	23,40	25,31	26,61
pourcentage patients > 70 ans	11	18,74	6,62	10,22	12,00	17,40	24,19	30,00

E.PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

1.Participation à la permanence des soins ambulatoires

95% des médecins interrogés participaient à la permanence des soins ambulatoires.

Ils réalisaient en moyenne 21 gardes en semaine et 5 gardes le weekend end, le minimum était de 6 gardes de semaine et 3 de week end et le maximum était de 50 gardes en semaine et 10 le week end.

2.Congés annuel

Les médecins prenaient en moyenne 5,65 semaines de congés par an, ils étaient 75 % à prendre plus de 5 semaines par an.

Tableau 12 : Nombre de semaines de congés annuel des médecins généralistes

Variable	N	Moyenne	EcTyp	Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Nombre de semaines de congés par an	20	5,650	2,134	1,000	5,000	6,000	7,000	9,000

3.Remplacement

90% des médecins se faisaient remplacer pendant leur congés, parmi eux : 72% de façon totale et 28% de façon partielle. La moitié des médecins connaissaient des difficultés à trouver des remplaçants, la cause principale évoquée était le manque de remplaçants sur le territoire.

Un médecin se faisait remplacer de manière partielle car « je ne fais confiance qu'aux remplaçants que je connais sinon je pars sans remplaçant ».

F. ENVIRONNEMENT : SOINS SECONDAIRE ET IMAGERIE

Les médecins étaient 95 % à avoir des difficultés pour obtenir rapidement un rendez vous de spécialité pour leurs patients et ils avaient tous des difficultés concernant l'obtention rapide de rendez vous d'imagerie.

La spécialité la plus difficile d'accès d'après les médecins était : la cardiologie, les autres les plus citées étaient : l'ophtalmologie, la neurologie et la dermatologie.

Le type d'imagerie le plus difficile d'accès était l'IRM puis l'échographie.

Tableau 13 : Difficulté d'obtention d'un rendez vous de spécialité par les médecins généralistes

<u>Difficulté d'obtention d'un rendez vous de spécialité</u>	<u>Effectif (N=20)</u>	<u>Proportion (%)</u>
Non	1	5,00
Oui, parfois	7	35,00
Oui, souvent	12	60,00

Tableau 14 : Difficulté d'obtention d'un rendez vous d'imagerie par les médecins généralistes

<u>Difficulté d'obtention des rendez vous d'imagerie</u>	<u>Effectif (N= 20)</u>	<u>Proportion (%)</u>
Non	0	0
Oui, parfois	11	55
Oui, souvent	9	45,00

Concernant l'offre de soins hospitalière de VGA, 40% des médecins l'a trouve satisfaisante ; 55% déficiente et 5% très déficiente.

Les secteurs cités par les médecins sont très variés (14 spécialités citées) sans qu'un secteur le soit de façon significatif.

G. PREVISION DE L'ACTIVITE FUTURE

1. Départ envisagé à la retraite

35% des médecins envisageaient de partir à la retraite dans moins de 5 ans dont 20% dans moins d'un an.

Tableau 15 : Délai envisagé du départ à la retraite

Délai de départ	Effectif (N=20)	Proportion (%)
Moins d'un an	4	20
Moins de 5ans	3	15
Entre 5 ans et 10 ans	6	30
Plus de 10 ans	7	35

2.Evolution probable de l'activité à 2 ans et 5ans

A 2 ans : ils étaient 6 (30%) à envisager de cesser leur activité, 11 (55%) à envisager de la stabiliser, 2 (10%) à la diminuer et 1 (5%) à l'augmenter.

A 5 ans : ils étaient 1 médecin de plus à cesser son activité , 1 de moins à vouloir augmenter son activité, 1 de plus à diminuer son activité par rapport aux prévisions à 2 ans. Ils étaient 10 (50%) à vouloir stabiliser leur activité à 5 ans.

3.Travail en groupe

Parmis les 6 médecins travaillant seuls, 4 désiraient travailler en groupe dans les 2 à 5 prochaines années. A noter que les 2 autres médecins ayant répondu ne pas vouloir travailler en groupe envisageaient de partir à la retraite dans moins d'un an.

Parmis les 17 médecins travaillant en groupe, 15 envisageaient de continuer à travailler en groupe. A noter que les 2 médecins ayant répondu ne plus vouloir travailler en groupe envisageaient partir à la retraite dans moins d'un an.

4.Regroupement pluri professionnel

45% des médecins interrogés ne souhaitaient pas rejoindre un regroupement professionnel type maison ou pôle de santé , 40% ne savaient pas.15% (soit 3 médecins) souhaitaient s'orienter vers une maison ou pôle de santé. Il s'agissaient de 3 hommes plutôt jeunes (33, 40 et 58ans) dont 2 exerçaient en groupe.

5.Capacité d'accueil de nouveaux patients

7 médecins sur 10 n'étaient pas en capacité d'accueillir de nouveaux patients.

6. Adaptation face à l'éventuel hausse de demande de médecin traitant

9 médecins (45%) ne souhaitent pas modifier leur activité, 8 (40%) envisageaient de rechercher un collaborateur ou associé, 2 (10%) envisageaient de diminuer le temps de consultation et 1 (5%) envisageait à la fois de diminuer son temps de consultation et chercher un collaborateur ou associé.

Aucun ne souhaitait augmenter son temps d'activité.

7. Épuisement professionnel

7 médecins (35%) se sentaient menacés par le burn out, les raisons évoquées étaient : la surcharge de travail avec l'augmentation de la demande ; les perspectives de trouver des collaborateurs ou associés limitées ; la charge administrative trop lourde.

H. PROFILS COMPARTIFS EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS

Il était intéressant d'étudier le mode d'exercice en fonction de l'âge des médecins. Cela permettait de montrer si il existait des différences d'exercice en fonction de l'âge. Cela donnait un aperçu du changement du mode d'exercice au cours du temps .

1. Volume d'activité

Tableau 16 : Volume d'activité des médecins de plus ou moins 45 ans

	<45 ans	> 45 ans	p-value
	N=5	N=15	(Test de Student)
Journées / semaine (moyenne)	4,8	4,4	0,39
Heures / semaine (moyenne)	47,5	47,43	0,98
Consultations / semaine (moyenne)	139	141	0,91
Visites / semaine (moyenne)	6,6	19,9	0,007
Durée d'une consultation (moyenne)	16	15,3	0,62

Les médecins ayant plus de 45 ans faisaient plus de visites que les jeunes médecins. Il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de journées et d'heures travaillées par semaine, le nombre de consultations par semaine ainsi que la durée moyenne d'une consultation entre les médecins de moins et plus de 45ans.

2. Capacité d'accueil de nouveaux patients

Tableau 17 : Capacité d'accueil ou non en fonction de l'âge des médecins

	Capacité d'accueil	Pas de capacité d'accueil	p-value
	N = 6	N= 14	(Test de Student)
Age moyen	61,3	53,8	0,10

Il n'y avait donc pas de différence significative concernant l'âge des médecins en capacité ou non d'accueillir des nouveaux patients.

3. Type d'installation (seul vs groupe)

Tableau 18 : Type d'installation des médecins en fonction de leur âge

	Seul	groupe	p-value
	N = 6	N= 14	(Test de Student)
Age moyen	58	54,1	0,50

Il n' y avait pas de différence significative concernant la moyenne d'âge entre les médecins exerçant seul ou en groupe.

I.PROFILS COMPARATIFS DE L'ACTIVITE EN FONCTION DE LA DATE ENVISAGEE DE DEPART A LA RETRAITE

Tableau 19 : Volume d'activité des médecins en fonction du délai envisagé de départ à la retraite (moins ou plus de 5ans)

	< 5 ans N=7	> 5 ans N=13	p-value (Test de Student)
Journées / semaine (moyenne)	3,86	4,85	0,01
Heures / semaine (moyenne)	42,71	50	0,02
Consultations / semaine (moyenne)	123,6	149,6	0,3
Visites / semaine (moyenne)	20,3	14,6	0,42
Durée d'une consultation(moyenne)	15,29	15,58	0,86

Les médecins qui envisageaient de partir à la retraite dans moins de 5ans travaillaient moins de journées et d'heures par semaine. Il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de consultations et visites réalisées par semaine entre les deux groupes, ni la durée moyenne d'une consultation.

J.PROFILS COMPARATIFS DE L'ACTIVITE EN FONCTION DU SEXE

Tableau 20 : Volume d'activité en fonction du sexe

	femme N=3	homme N=17	p-value (Test de Student)
Journées / semaine (moyenne)	4,17	4,56	0,18
Heures / semaine (moyenne)	43,5	48,15	0,17
Consultations / semaine (moyenne)	120	144,1	0,11
Visites / semaine (moyenne)	7	18,3	0,04
Durée d'une consultation(moyenne)	16,67	15,26	0,51

Les femmes médecins faisaient moins de visites que les hommes médecins. Il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de journées, d'heures et de consultations par semaine ni la durée moyenne d'une consultation.

K.PROFILS COMPARATIFS DE L'ACTIVITE EN FONCTION DU TYPE D'INSTALLATION

Tableau 21 : Volume d'activité en fonction du type d'installation

	groupe n=14	seul n=6	p-value (Test de Student)
Journées / semaine (moyenne)	4,14	5,33	0,003
Heures / semaine (moyenne)	44,46	54,42	0,052
Consultations / semaine (moyenne)	136,40	150	0,73
Visites / semaine (moyenne)	12,7	25,7	0,10
Durée d'une consultation(moyenne)	15,14	16,25	0,55

Les médecins qui exerçaient en groupe travaillaient moins de journées par semaine que les médecins exerçant seuls ; par contre il n'y avait pas de différence significative concernant le nombre de consultations et de visites réalisées par semaine ; ni la durée moyenne d'une consultation.

Même si il n'existe pas de différence significative concernant le nombre d'heures travaillées on note que les médecins exerçant seul déclaraient travailler en moyenne 10 heures de plus par semaine que les médecins exerçant en groupe.

V.DISCUSSION

A. Limites de l'étude

Malgré un taux de réponse de 56% la taille de l'échantillon était faible : il y avait 20 médecins répondants diminuant ainsi la puissance de l'étude.

1. *Biais de sélection :*

Biais de recrutement : la sélection de la population source a été réalisée grâce aux données du site améli.fr et aux données du Conseil Départemental du Lot-et-Garonne ; il s'avère qu'un médecin n'exerçait pas la médecine générale sur VGA et quatre autres médecins avaient un exercice particulier exclusif de la médecine (2 angiologues ; 1 allergologue et 1 gynécologue). Ces cinq médecins ont été exclus de l'étude.

Biais de volontariat : les médecins de la population cible avait le choix de participer ou non à l'étude, les caractéristiques des médecins volontaires de l'étude peuvent être différentes de celles qui ont décidé de ne pas y participer ; en effet nous verrons par la suite que les médecins jeunes et travaillant en groupe sont sur-représentés par rapport aux médecins de la population cible.

2. *Biais d'information :*

Biais de «non réponses» : malgré l'incitation par téléphone, mail et courrier, 16 médecins n'ont pas répondu à l'étude. A noter que tous les médecins n'ont pas pu être contacté par téléphone (injoignable, barrière du secrétariat) ; 2 médecins ne souhaitaient recevoir que le courrier, deux médecins n'avaient pas de mails, une erreur de mail non résolu, un médecin souhaitait que je passe au cabinet médical. La faible disponibilité des médecins déjà surchargés par les tâches administratives explique probablement ce taux de «non réponse». De plus la longueur du questionnaire de notre étude avec la demande de données du RIAP (bien que non obligatoire) ont pu être une entrave à son remplissage.

Biais de subjectivité : du fait de la subjectivité des réponses (données approximatives en dehors des données du RIAP) la validité des réponses est à nuancer. Possible sur estimation des chiffres, en effet dans la situation actuelle de forte demande, un médecin qui travaille moins pourrait être moins «bien vu» par ces confrères.

3. *Le questionnaire de l'étude :*

Comme dit précédemment, le questionnaire était plutôt long et demandait des données du RIAP, ce qui a pu décourager certains médecins à y répondre. Ce questionnaire a été établi conjointement avec mon directeur de thèse et en réalisant une revue de la littérature, il s'inspire du questionnaire réalisé lors de l'étude DEMOMED 75 en région parisienne et l'étude de Frédéric Comby réalisé à Bordeaux en 2016.

La question 9 concernant les horaires d'ouverture du cabinet a été mal renseignée. Il était demandé de donner les horaires par demi-journées y compris le samedi, certains n'ont donné que les horaires d'ouverture du matin et du soir et n'ont pas renseigné le samedi.

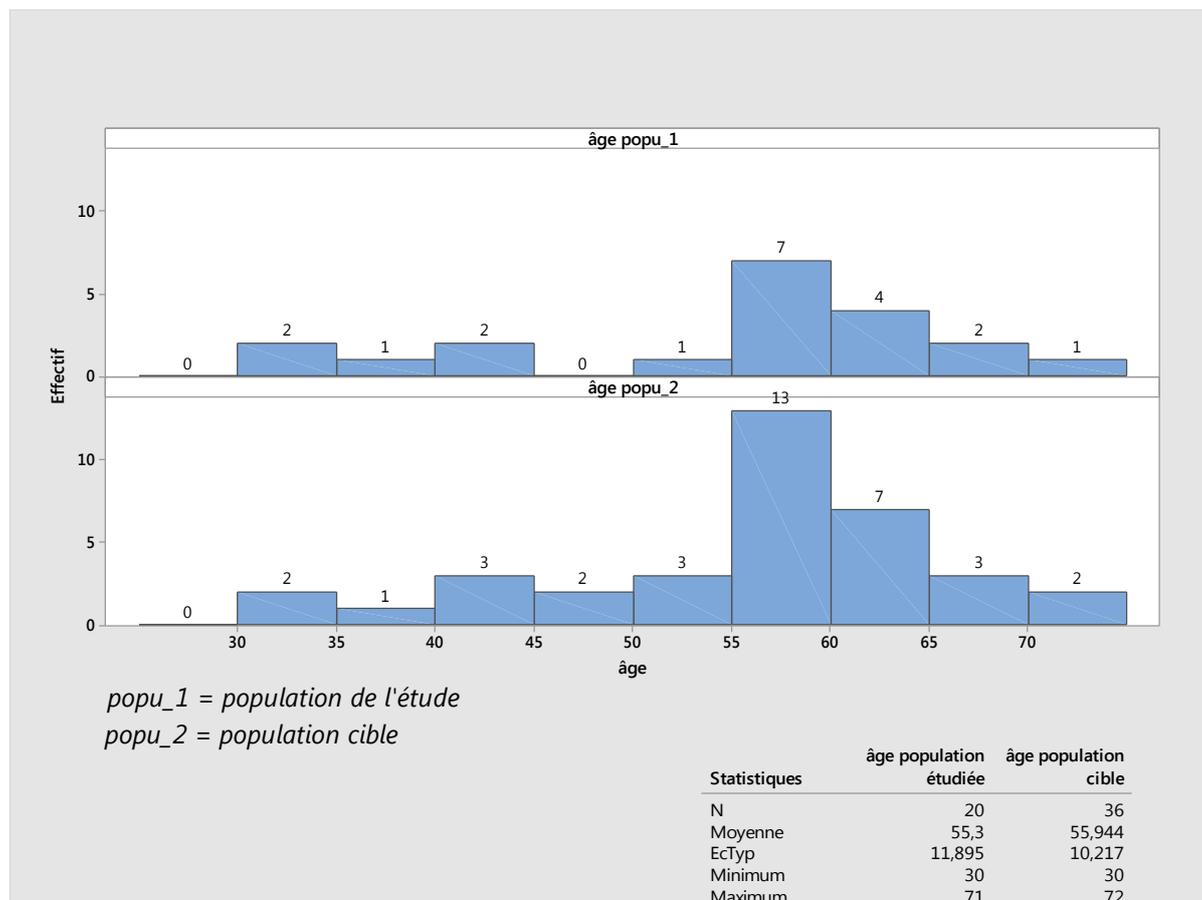
Les questions relatives aux données du RIAP qui étaient intéressantes car ce sont des données objectives ont également été mal renseignées. Ces données étaient non obligatoires mais il fallait donner une estimation si les données n'étaient pas disponible, or certains médecins ne disposant pas de leur RIAP n'ont pas répondu aux questions.

B. Caractéristiques de la population de l'étude

Les médecins de l'échantillon de l'étude avaient en moyenne 55,3 ans, ce qui correspond à la moyenne de la population cible et départemental. Ils étaient plus âgés qu'au niveau régional et national (52 ans) (1) (16). Donc des médecins qui sont plus âgés sur notre territoire.

D'autre part on note une part importante de médecins âgés de plus de 55 ans (70% dans l'échantillon et la population cible : donc bonne représentativité) ; avec un pic entre 55 et 60 ans. Ce qui représentera un problème majeur au moment de la retraite des actuels 55 /60 ans si le nombre d'installation par an n'augmente pas.

Figure 14 : comparaison de l'âge des médecins de l'étude et des médecins de la population cible



Selon le test de Student il n'y a pas de différence significative entre les moyennes d'âge de l'échantillon et la population cible ($p = 0,84$).

La part des moins de 40 ans dans notre étude représentaient 15 % de l'échantillon, similaire au niveau national mais plus élevé qu'au niveau régional (12%).

Mais dans notre étude les moins de 40 ans sont sur représentés du fait d'un taux de participation à 100%, donc ce taux de 15% est sur estimé. Les moins de 40 ans sur VGA représente en effet en réalité seulement 8% de la population cible !

Le taux de participation est faible concernant les médecins âgés de 45 à 55ans et moyen chez les plus de 55 ans.

Il y a donc un sur représentation des jeunes médecins de moins de 40 ans dans l'étude et une sous représentation des médecins âgés de 45 à 55 ans.

Concernant le sexe des médecins de l'étude, elles étaient 3 femmes soit 15% de la population, ce qui était comparable à la population cible mais très inférieur au niveau national (47 % de femmes), régional (45% de femmes) et départemental (34% de femmes).(16)

La féminisation est donc moins importante sur notre territoire et risque donc de s'accroître dans le futur étant donné les prévisions.

Elles étaient en moyenne plus jeunes (43ans) que les hommes (57ans) ceux qui correspondent à la tendance nationale mais de manière plus accentuée dans notre étude.

C. ACTIVITE ACTUELLE

1.Le cabinet

-Exercice en groupe : 70% des médecins de l'étude étaient installés en cabinet de groupe. Ce chiffre est plus élevé que le montrait l'étude de Baudier et al. dans laquelle 54% des médecins généralistes déclaraient exercer en groupe en 2009 contre 43% en 1998. (17)

D'après les données de l'ordre des médecins, sur VGA 45% seulement des médecins sont installés en groupe. On peut se demander si les médecins travaillant en groupe ont plus d'intérêt au questionnement de la démographie médicale que leur confrère travaillant seul ? Mais il faut aussi nuancer le résultat de notre étude à cause de la faible taille de notre échantillon où les jeunes médecins sont sur représentés.

Tous les médecins de l'étude de moins de 40 ans étaient installés en groupe, ce qui montre un attrait encore plus grand chez les jeunes médecins.

En effet dans son « Portrait des professionnels de santé » en 2016 (18), la DRESS relève une nette expansion, depuis le début des années 2000 de l'exercice en groupe chez les médecins généralistes libéraux (la plupart du temps au sein d'un cabinet mono-disciplinaire). Une autre étude de l'IRDES montrait que les médecins généralistes de moins de 40 ans sont presque 80% à déclarer exercer en groupe en 2009, notamment en raison du meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée et du rejet de l'isolement intellectuel (19). En effet l'exercice de groupe améliore les conditions d'exercice et la qualité de travail : il facilite la continuité et la permanence des soins, il permet de fonctionner plus souvent avec un secrétariat (décharges de certaines tâches administratives) ; il permet le partage des charges, il laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique. (17) (20). Dans notre étude parmi les médecins qui assument sereinement leur activité : 56% travaillaient en groupe contre 44% seul, parmi les médecins recevant tous leurs patients sans aucun problème en consultation ils étaient autant à travailler en groupe que seul.

-secrétariat : il était important de préciser le fait d'avoir un secrétariat sur place afin d'évaluer la disponibilité des médecins pour l'activité de soins, en effet le fait d'avoir un secrétariat sur place décharge le médecin de plus de tâches administratives. 80 % des médecins déclaraient avoir un secrétariat sur place, ce qui est correct ; ils étaient près de 90% à travailler en groupe. En effet le partage des charges favorise la mise en place d'un secrétariat dans un cabinet de groupe comme vu précédemment.

Par ailleurs il aurait été intéressant de demander aux médecins leur temps consacré aux tâches administratives, ainsi qu'aux tâches d'entretien ménagers.

-Accessibilité : 60% des cabinets étaient accessibles en totalité par les personnes handicapées. Ces chiffres dépassent probablement la réalité. La loi impose l'accessibilité des cabinets médicaux aux handicapés au 1er janvier 2015, sous peine d'amende. (21)

-Informatisation : les médecins étaient tous informatisés à l'exception d'un seul (médecin exerçant seul et de plus de 60 ans).

2. Volume d'activité des médecins

-données du RIAP : 11 médecins ont répondu aux questions 31 à 36 avec les données de leur RIAP. Ils réalisaient en moyenne 7148 consultations par an, 782 visites par an, leur patientèle était composée en moyenne de 21,64 % de patients de moins de 16 ans et 18,74% de plus de 70 ans et ils avaient 8,29% de patients CMUc. L'avantage de ces données est qu'elles sont objectives mais le nombre faible de répondants est un facteur limitant. En comparaison avec le référentiel régional on note que la moyenne du nombre de consultations et de visites par an est beaucoup plus importante qu'au niveau régional (4094 et 497 respectivement pour les consultations et les visites) ainsi que la proportion de personnes âgées de plus de 70 ans (18,74% sur VGA contre 15,85% au niveau régional). Ces résultats pourraient confirmer que la charge de travail lourde en milieu rural est un frein à l'installation des jeunes médecins dans ces zones. Le nombre de patients de moins de 16 ans et de CMUc sont comparables à la moyenne régionale.

-données déclaratives : en comparaison avec la population étudiée par Jacobovitch et al. (22), les médecins de notre étude travaillaient autant de jours par semaine (4,5j), mais moins d'heures (47,5 vs 57 heures par semaine). Par contre ils semblaient faire plus de consultations (140,5 vs 98,1 par semaine) et voir plus de patients par heure (3,9 vs 3,3). Un rythme de travail qui seraient donc beaucoup plus soutenu dans notre population. Ces données sont à relativiser compte tenu des biais de subjectivité et de la faible taille de l'échantillon.

3. Ressenti des médecins sur leur activité

Seulement 20% des médecins parvenaient à voir sans problème en consultation tous les patients qui les sollicitaient et 15% en refusaient régulièrement.

Seulement 5% des médecins parvenaient à voir sans problème en visite tous les patients qui les sollicitaient et 35% en refusaient régulièrement.

Ils étaient 45% à assumer leur activité avec quelques difficultés et 10% au prix d'un épuisement professionnel.

Ces résultats montrent la difficulté des médecins de VGA à s'adapter aux besoins de la population .

4.Type d'activité

- **MEP :**

"Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MEP). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes." (23)

Dans notre étude seulement un médecin déclarait avoir un mode d'exercice particulier qui était l'hypnose. Cependant ces spécialités sont nombreuses et elles ne sont pas obligatoirement déclarées ni à l'assurance maladie ni au conseil de l'Ordre. Ainsi certains médecins ont pu sous estimer cette activité. Ce mode d'activité pourrait être une plus value à la formation initiale du médecin généraliste ; un moyen de diversifier son activité et de répondre à certains besoins de la population et en particulier dans des zones comme VGA ou l'accès aux spécialistes devient de plus en plus difficile (exemple : gérontologie, diabétologie, angiologie, échographie, addictologie,...).

Pour note une commission MEP créée en 2011 au sein de la CNAM travaille actuellement à leur revalorisation au sein du parcours de soin. On parle aujourd'hui de «médecins à expertise particulière».

- **Activité de gynécologie :**

Sur VGA le nombre de gynécologues est faible et les 2/3 ont plus de 60 ans, un seul des 4 gynécologues a une activité libérale en plus de l'activité hospitalière.

Ainsi il paraît important que les médecins généralistes puissent réaliser des actes de gynécologie médicale et ils doivent être encouragés. Dans notre étude : ils étaient 60% à réaliser des FCV et 15% à poser des implants sous cutanés ; ce qui montre l'investissement des médecins dans la pratique de la gynécologie médicale. La pose de stérilet restait l'exception. Concernant le suivi de grossesse la question restant floue, il est difficile de tirer des conclusions.

- **Autres actes :**

Il étaient 70% à réaliser des petits soins d'urgence (suture, pansement , ...) ; soins restants indispensables et permettant de diminuer les consultations aux urgences mais qui sont très chronophages. 55 % des médecins réalisaient des ECG, la réalisation d'EFR et d'échographie restaient l'exception. A l'image des MEP et des actes de gynécologies ces actes permettent de diversifier l'activité du médecin généraliste et de répondre aux besoins croissant de la population.

Dans notre étude il aurait été intéressant d'évaluer la part de l'activité pédiatrique des médecins, en effet VGA ne compte aucun pédiatre libéral sur son territoire.

5.Permanence et continuité des soins

Les médecins de l'étude prenaient en moyenne entre 5 et 6 semaines de congés annuel ce qui est comparable à la moyenne nationale (24). Ils étaient majoritairement remplacés pendant leur congés, cependant les médecins qui n'étaient pas remplacés ou de manière partielle ont soulevé le problème du manque de médecins remplaçants sur le territoire.

Les médecins qui se faisaient remplacer de manière totale travaillaient majoritairement en groupe (85%).

6. Maisons de santé pluri-professionnelles

La politique de santé s'est appuyée sur la préférence des jeunes médecins pour une pratique collective afin de réorganiser les soins ambulatoires.

En 2009, le conseil départemental et l'état (préfecture) ont créé la CODDEM rejointe dès sa création par l'Agence Régionale de Santé et ont lancé un plan de développement des maisons de santé pluri-professionnelles dans les territoires ruraux : « Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles est l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les maisons de santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité des prises en charge des patients.» (25)

Dans notre étude aucun des médecins répondants n'exerçait dans une MSP.

Actuellement sur VGA et plus largement dans le Lot-et-Garonne : le développement coordonné des MSP est issu du plan d'action départemental présenté par la CODDEM (Commission Départementale de la démographie médicale coprésidée par la Préfecture, le Conseil départemental et l'ARS) visant à renforcer l'attractivité des jeunes médecins et faciliter l'exercice médical. Ce plan repose sur la définition de 15 aires de santé au plus près des besoins des populations, permettant un maillage territorial étroit entre professionnels de santé et élus réunis en association. A terme l'ouverture de 23 MSP est prévue en Lot-et-Garonne, 19 sont actuellement ouvertes et regroupées en 7 pôles de santé. A noter que Marmande n'a aucun projet à ce jour.

Sur VGA il existe une MSP à Tonneins ouverte en mars 2016. Les médecins exerçant sont des médecins âgés de plus de 55 ans (ils exerçaient déjà sur le tonneinçais). Il est difficile d'attirer de nouveaux médecins. Deux jeunes médecins devraient intégrer la structure prochainement de manière salariale via un projet de centre santé associant le centre hospitalier et Tonneins.

Une MSP a ouvert après la fin de l'étude au Mas d' Agenais en décembre 2017 et recherche activement des jeunes médecins avec difficultés.

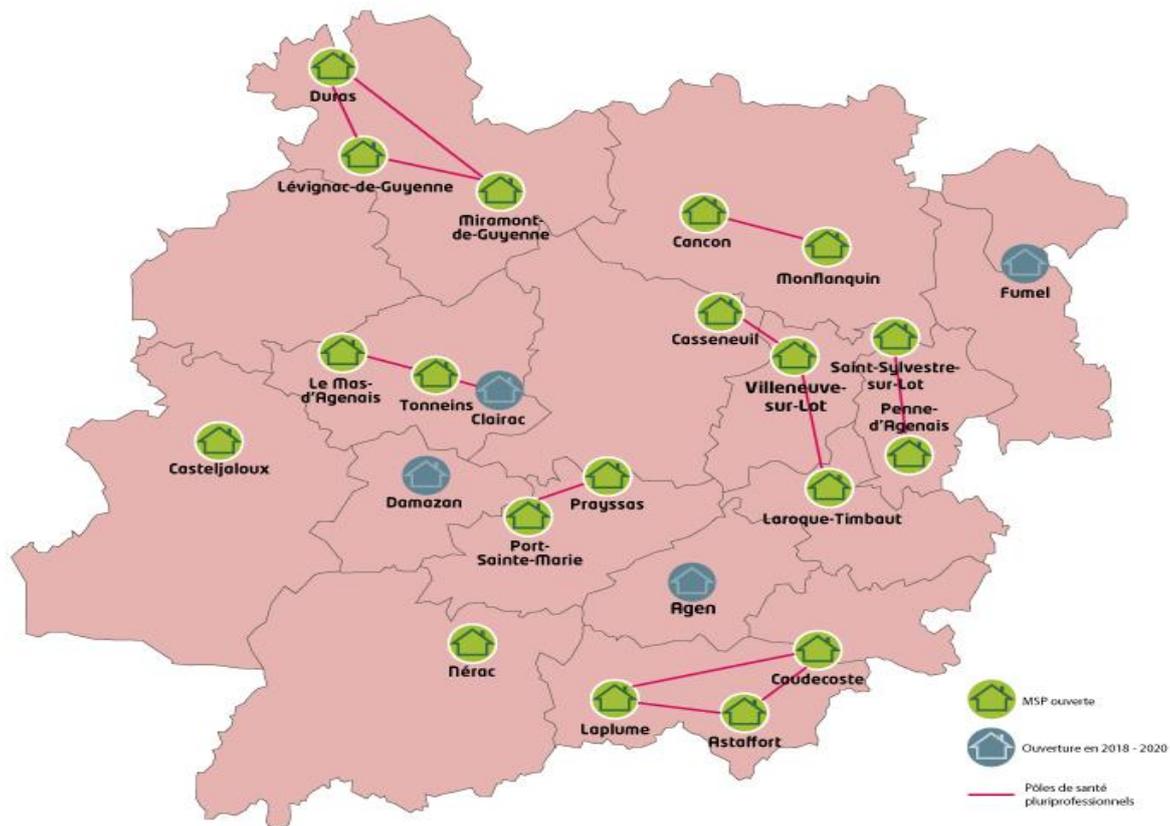


Figure 15 : MSP et Pôles de santé du Lot-et-Garonne

7. Environnement

Il existe des facteurs «environnementaux» déterminant l'attractivité du territoire vis à vis des jeunes médecins généralistes : la présence de confrères généralistes et spécialistes sur le territoire, la proximité d'équipements de services médicaux (radiologie, laboratoire,...) ; la proximité d'un service d'urgence (26). Ainsi il était intéressant dans notre étude de demander aux médecins d'évaluer leur environnement sur VGA. Les résultats montrent un pourcentage de médecins inquiétant, de 95%, qui auraient des difficultés à obtenir rapidement un rendez vous de spécialité. Ils avaient tous des difficultés concernant l'obtention rapide de rendez vous d'imagerie. Cela souligne que la désertification touche également les médecins spécialistes sur VGA.

La promotion et le développement de la télémédecine pourrait constituer un des outils pour améliorer l'accès aux soins secondaires. Elle est définie par le code de santé publique comme « une forme de pratique médicale à distance » et répond à certaines des attentes des jeunes médecins en développant le travail en réseau, les échanges et la coopération entre professionnels de santé. Or, son déploiement est actuellement bridé par un cadre expérimental inadapté, notamment pour les conditions de financement des actes. Une action plus volontariste s'impose. Ainsi un rapport parlementaire réalisé en juillet 2017 sur la promotion de l'innovation en santé a fait plusieurs propositions : « Proposition 13 : Inscrire le financement des actes de télémédecine (téléconsultation, télé expertise) dans le cadre tarifaire de droit commun de l'assurance maladie. Proposition 14 : Évaluer l'impact économique et thérapeutique du recours à la télémédecine dans les parcours de soins, notamment en termes d'amélioration de l'accès à des soins de qualité dans les zones sous-dotées. Proposition 15 : Former les professionnels de santé à l'usage de la télémédecine et les accompagner dans l'équipement en matériel et logiciels adaptés. »(27)

Concernant l'offre hospitalière les résultats de notre étude ne sont pas encourageants, 55 % des médecins trouvaient qu'elle était déficiente.

D. ACTIVITE FUTURE

1. Cessation d'activité

Les résultats de notre étude montraient une diminution importante de l'offre de soins dans les années à venir. En effet 7 médecins sur les 20 (soit 35 % de l'effectif) envisageaient de partir à la retraite dans les 5 ans dont 4 dans l'année à venir, des départs imminents avec des difficultés à très court terme. Il faudrait quatre installations l'an prochain puis 1 installation tous les ans pour compenser ces départs. Or d'après notre étude il n'y avait qu'une installation par an en moyenne sur les 5 dernières années ; données confirmées par l'ordre des médecins (5 installations sur VGA entre 2012 et 2015 contre 7 départs sur la même période).

Ce problème de renouvellement des médecins s'accroîtra probablement dans 5 à 10 ans, en effet une grande partie des médecins de VGA se compose de médecins âgés de 55 à 60 ans (36%).

Il aurait été intéressant de demander aux médecins qui souhaitaient partir à la retraite dans moins de 5 ans et recherchant un successeur si ils l'avaient trouvé.

2. Evolution de l'activité

Les médecins interrogés étaient très majoritaires à vouloir stabiliser leur activité à 2 et 5 ans ; seul un médecin souhaitait augmenter son activité dans les 2 ans ; il s'agissait d'un médecin s'étant installé récemment (moins d'un an) et dont le rythme de travail n'était probablement pas encore atteint. Aucun médecin ne souhaitait augmenter son activité à 5 ans. 70% des médecins n'étaient pas en capacité d'accueillir de nouveaux patients. La charge de travail supplémentaire engendrée par les départs à la retraite ne sera pas absorbée par les médecins restants.

Tous les médecins envisageaient dans le futur un exercice en groupe ; cependant l'exercice en groupe pluridisciplinaire n'était pas favorisé ; en effet seulement 15% des médecins interrogés souhaitaient s'orienter vers une maison ou pôle de santé. Il s'agissait de 3 hommes plutôt jeunes (33, 40 et 58ans) dont 2 exerçaient en groupe. Comme tout changement ces nouvelles dynamiques peuvent rencontrer des réticences.

E.PROFILS COMPARATIFS

1. Activité en fonction de l'âge

Les médecins de plus de 45 ans faisaient plus de visites que leurs cadets ; cela s'explique probablement par le fait qu'ils ont une patientèle plus âgée. De plus on peut supposer qu'il existe de nouvelles pratiques chez les jeunes médecins qui devant l'augmentation de la demande de soins restreignent leur nombre de visites aux seules justifiées. Cependant la population vieillit. Sur VGA 12,6 % de la population est âgée de plus de 75 ans dont 1/3 vivant seule à domicile et un vieillissement est encore attendu dans les prochaines années (9). Il s'agit d'une population fragile souvent polypathologique et sa prise en charge nécessite divers intervenants médicaux et paramédicaux. Les pouvoirs publics sur VGA ont développés des moyens afin d'améliorer la prise en charge de ces patients fragiles. D'abord le développement du transport à la demande du lundi au samedi, au départ des communes vers Marmande et au départ de Marmande vers les communes sur simple réservation téléphonique. D'autre part il existe un réseau gérontologique Aliénor (siège à Tonneins) ; composé d'un ensemble de professionnels médico-social dont l'objectif est d'optimiser le maintien à domicile de la personne âgée dépendante avec un plan d'aide adapté grâce à la réalisation de bilans médicaux et sociaux et une prise en charge pluridisciplinaire en lien avec le médecin traitant.

2. Activité en fonction du départ envisagé à la retraite

Les résultats de notre étude montre que les médecins qui envisageaient un départ à la retraite dans les 5 années à venir travaillaient moins d'heures et de jours par semaines, «levaient-ils le pied? » avant la cessation de leur activité ? Cependant concernant le volume d'activité il n'y avait pas de différence significative (nombre de consultations et visites par semaine) ce qui signifie que leur rythme de travail serait plus soutenu. Ainsi le nombre de médecins nécessaire à leur renouvellement devra être identique.

3. Activité en fonction du sexe

Les résultats de notre étude sont surprenants. Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre d'heures et de jours travaillés par semaine ainsi que le nombre de consultations réalisées par les hommes et les femmes, elles réalisaient par contre moins de visites par semaines. Notre analyse souffre probablement de la faible taille de l'échantillon. De nombreuses études (Boerma et van den Brink-Muinen 2000; Ventelou et al. 2005; Aulagnier et al. 2007; Crossley, Hurley et Jeon 2009; Sarma, Devlin et Hogg 2010; Jakoubovitch et al. 2012) ont montré que les femmes « travaillent moins d'heures par semaine, plus souvent à temps partiel et en cabinet de groupe, avec des temps de consultations plus longs, elles s'arrêtent pour avoir des enfants et ont tendance à cesser plus tôt leur activité» (28). Le rapport de la DREES sur les médecins au 1er janvier 2012 note que les femmes sont déjà majoritaires (56%) parmi les médecins de moins de 45 ans et que cette féminisation va se poursuivre, puisqu'en 2010, plus de 6 internes sur 10 étaient des femmes (29). Ces données corroborent les projections de la DREES qui annoncent une majorité de femmes médecins en 2030 et notamment 56,4% parmi les médecins généralistes (13). Elles auraient tendance à moins exercer en secteur libéral et s'orienteraient vers des postes salariés non hospitaliers. Néanmoins cette même étude rapporte que les différences entre hommes et femmes s'atténuent dans le temps car le niveau d'activité des femmes augmenterait, tendant à se rapprocher de celui des hommes qui eux souhaiteraient une meilleur conciliation entre vie privée et vie professionnelle (30). Sur VGA, les

femmes ne représentent que 15 % des médecins généralistes, on peut donc s'attendre à une progression encore plus importante de la part des femmes dans les années à venir sur notre territoire. Ainsi ces évolutions sont à prendre en compte et pourraient avoir un impact sur l'offre de soins sur VGA.

4. Activité en fonction du mode d'installation

Dans notre étude le regroupement semble modifier le rythme de travail hebdomadaire des médecins généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité par semaine, ils travaillaient significativement moins de jours par semaine sans avoir de différence significative concernant le nombre de consultations et de visites réalisées par semaine. Ce que confirme les données d'une étude de la DRESS qui montrait que les généralistes exerçant en groupe déclaraient travailler plus souvent moins de cinq jours par semaine mais réalisaient plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls (20). Cela permet une meilleure organisation de l'activité et une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

F.PERSPECTIVES

Face à l'évolution de l'offre de soins sur VGA : vieillissement de la démographie médicale avec de nombreux départs à la retraite, nouvelles aspirations des jeunes médecins, féminisation, rapportées à la croissance prévisible de la demande de soins en raison du vieillissement de la population, des solutions doivent être entreprises et encouragées afin de limiter la restriction de l'accès aux soins.

De nombreuses actions légitimes mais insuffisantes ont déjà été mises en place par les collectivités territoriales, l'assurance maladie et l'Etat.

- **l'augmentation du numerus clausus** : créé en 1971 avec 8588 places il a connu une franche baisse pendant 25 ans (3576 places en 1997) avant une augmentation sensible depuis les années 2000 (2005 : 6200 places / 2010: 7400 places / 2016 : 7633 places). L'augmentation à venir du nombre de médecins diplômés ne permettra pas à court terme de compenser la forte chute à venir (les médecins issues du numerus clausus élevé partant à la retraite) étant donné la durée des études médicales (processus long d'une dizaine d'années). La suppression du numerus clausus est aussi de plus en plus évoquée au niveau parlementaire, un des premiers arguments des pourfendeurs du numerus clausus est son côté coupeur qui laisse sur le bas-côtés des milliers d'étudiants qui auraient fait d'excellents médecins et qui partent à l'étranger obtenir leur diplôme mais dont la qualité des formations difficilement contrôlables, est remise en doute par la communauté médicale française. Ils évoquent aussi la diminution de la désertification médicale par la hausse des effectifs de médecins. Cependant comme dit précédemment, ce n'est pas la solution à court terme. De plus cela engendrerait des problèmes de capacités d'accueil des Universités mais aussi des hôpitaux (externes, internes) et des problèmes de financement des internes par les hôpitaux qui ont déjà du mal à boucler leurs budgets. La désertification n'est pas qu'une question de quantité de médecins mais aussi de répartition sur le territoire. Ainsi dans des recommandations de février 2017 le Conseil National de l'Ordre des médecins recommande plutôt de régionaliser le numerus clausus plutôt que de le supprimer.
- **les incitations financières** : les aides financières individuelles visant à inciter l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones fragiles sont nombreuses mais parfois peu connues (aides de l'assurance maladie, mesures fiscales, contrats offrant une garantie de revenus aux jeunes praticiens, aides des collectivités territoriales). Leur bilan est plutôt modeste car le levier financier n'est pas décisif dans les décisions d'installation mais demeure légitime. Ainsi le Sénat a mis en place dans son rapport de juillet 2017 sur la promotion de l'innovation en santé dans les territoires, des propositions en parallèle aux aides financières afin d'accompagner les professionnels de santé et augmenter l'attractivité de l'exercice libéral : "Proposition 3 : Généraliser de véritables «guichets uniques» auprès des ARS, pour informer les professionnels sur toutes les aides et les accompagner dans l'ensemble des démarches. Proposition 4 : Simplifier et valoriser le recours aux statuts intermédiaires comme celui d'adjoint ou de collaborateur, susceptibles de favoriser l'accès progressif à l'installation. Proposition 5 : Donner une reconnaissance conventionnelle au médecin remplaçant. Proposition 6 : Développer l'exercice mixte en allégeant les charges sociales sur l'activité libérale des médecins salariés. Proposition 7 : Rendre plus attractif le cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées par la suppression de la cotisation de retraite. Proposition 8 : Poursuivre les réflexions sur l'amélioration de la protection sociale des professionnels libéraux, notamment pour abaisser le délai de carence en cas de maladie."(27)

Par ailleurs de nouveaux outils pourraient être soutenus et développés :

- **Les maisons de santé pluridisciplinaire** : l'exercice en groupe , l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur un territoire sont des facteurs d'attractivité déterminants pour l'installation des jeunes médecins. Ainsi le développement des MSP doit être soutenu et accompagné car les projets sont lourds à monter (succès reposant sur l'engagement d'un élu et d'un praticien) et financièrement couteuses (seules la moitié des MSP sont éligibles à l'aide de l'assurance maladie). Voici les propositions du Sénat : "Proposition 9 : Créer des «cellules d'appui à l'ingénierie de projet» au sein des ARS pour assister les porteurs de projet en vue de réduire sensiblement les délais de réalisation. Proposition 10 : Accompagner la structuration des maisons de santé encore non éligibles aux financements de l'assurance maladie (appui juridique, soutien à l'acquisition d'un système d'information partagé, aide à la coordination du travail en équipe...)".(27) Sur VGA ces deux propositions sont déjà réalisés au travers d'actions de la CODDEM.

D'autre part les modes d'exercice en réseaux doivent également être soutenus.

- **La télémédecine** : innovation permettant de faciliter l'accès aux soins aux patients éloignés de tout ; elle doit être exploitée, mais comme vu précédemment, son déploiement est actuellement bridé par un cadre expérimental inadapté, notamment en terme de tarification des actes. Des négociations débutent début janvier 2018 entre professionnels de santé et assurance maladie. Voici les propositions du Sénat : "Proposition 13 : Inscrire le financement des actes de télémédecine (téléconsultation, télé expertise) dans le cadre tarifaire de droit commun de l'assurance maladie. Proposition 14 : Évaluer l'impact économique et thérapeutique du recours à la télémédecine dans les parcours de soins, notamment en termes d'amélioration de l'accès à des soins de qualité dans les zones sous-dotées. Proposition 15 : Former les professionnels de santé à l'usage de la télémédecine et les accompagner dans l'équipement en matériel et logiciels adaptés." (27)
- **La formation initiale doit être un moment clé pour créer l'ancrage géographique des futurs professionnels.** Ainsi le développement des stages ambulatoires dans les zones sous- dotées est un levier prioritaire à mobiliser. Dans notre étude il n'y avait que deux médecins qui étaient maître de stage. Propositions du Sénat : "Proposition 16 : Engager une campagne de recrutement de maîtres de stage dans les zones sous dotées et revaloriser le montant de l'indemnité compensatrice. Proposition 17 : Généraliser le stage ambulatoire de médecine générale au cours de l'externat et en allonger la durée Proposition 18 : Introduire dans la formation initiale une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville. Proposition 19 : Assouplir les conditions d'agrément des lieux de stage hors de la subdivision de rattachement, pour répondre aux besoins de territoires situés dans des zones «frontières» "(27)
- **Des projets de loi visant à limiter la liberté d'installation des praticiens libéraux** émergent. Dernièrement le groupe Nouvelle Gauche a défendu une proposition de loi qui stipulait le non conventionnement des praticiens libéraux qui s'installeraient en zone sur-dotées. Mais existe -t-il vraiment des zones sur-dotées .Ne risque-t-on pas de diminuer l'attractivité d'installation en libéral des jeunes médecins ?
- Enfin malgré tous ces outils il existe des facteurs territoriaux qui influent sur la répartition des médecins généralistes : l'environnement socio-économique, la qualité et le cadre de vie que le territoire offre (proximité de la mer , de la nature , le climat , la présence de structures scolaire...). Au delà du seul champ de la politique de santé une politique globale en faveur de ces territoires fragiles est nécessaire.

VI. CONCLUSION

L'évolution de l'offre de soins primaires en médecine générale libérale est préoccupante sur certains territoires. Bien qu'au niveau régional la densité des médecins généralistes (libéraux ou mixtes) soit plus élevée qu'au niveau national (95 vs 83 pour 100000 habitants) elle reste bien au dessous dans le Lot-et-Garonne et notamment sur le territoire de VGA (75 pour 100000 habitants).

Le but de notre étude était de préciser l'offre de soins sur le territoire de VGA et de réaliser une projection prévisible à court et moyen terme afin de savoir si une pénurie de médecin généraliste libéraux était à prévoir et dans quelle mesure. Pour cela une enquête déclarative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux médecins généralistes libéraux de VGA.

Notre étude a mis en évidence des résultats plutôt alarmants. Les données du RIAP sembleraient montrer que la charge de travail des médecins de VGA était plus importante qu'au niveau régional avec un rythme plus soutenu. Les ressentis des médecins montraient leur difficulté d'adaptation aux besoins croissants de la population vieillissante (45% assumaient leur activité avec quelques difficultés et 10% au prix d'un épuisement professionnel). Ils étaient majoritairement en difficulté face à la désertification de leur confrères spécialistes sur le territoire et face à une offre hospitalière qu'ils jugeaient à 55% déficiente. Concernant l'évolution prévisible, l'étude montraient un nombre de départ envisagé à la retraite très important : 35% (soit 7 médecins sur 20) dans moins de 5 ans dont 20% (soit 4 médecins sur 20) dans moins d'un an. Ce phénomène semblerait s'accroître à moyen terme du fait de la part importante de médecins issus de la génération "baby boom" âgés entre 55 et 60 ans (35% dans l'étude 36% dans la population cible) qui cesseraient leur activité entre 5 et 10 ans. Le volume d'activité des futurs retraités était significativement semblable aux autres médecins. Les médecins de VGA étaient très majoritaires à vouloir stabiliser leur activité à 2 et 5 ans, ce qui signifie que le nombre de médecins nécessaire au renouvellement des médecins partant à la retraite devra être au moins le même. Par ailleurs les médecins de plus de 45 ans faisaient plus de visites à domicile que leurs cadets en raison d'une patientèle plus âgée.

La féminisation de la médecine générale est à prendre en compte sur l'offre de soins. Elles ne sont que 15% sur VGA et leur augmentation est inéluctable. Dans notre étude les femmes travaillaient autant d'heures et de jours par semaine que les hommes, réalisaient autant de consultations mais faisaient moins de visites par semaine que les hommes. Ces résultats sont surprenants en comparaison à de nombreuses études montrant que "les femmes travaillent moins d'heures par semaine avec des temps de consultations plus longs". Toutefois les résultats de notre étude se rapprochent de la tendance rapportant que les différences entre hommes et femmes s'atténueraient dans le temps car le niveau d'activité des femmes augmenterait, tendant à se rapprocher de celui des hommes qui eux souhaiteraient une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

Notre étude montrait que le regroupement était favorisé dans l'activité actuelle et future. Il semblait modifier le rythme de travail hebdomadaire sans pour autant modifier le volume d'activité (moins de journées travaillées par semaine sans modification du nombre de consultations et visites). Cela permet une meilleure organisation de l'activité et donc une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle. C'est une aspiration très importante des jeunes médecins. Ainsi l'installation en groupe doit être favorisée et le développement des maisons et pôles de santé pluri-professionnelles est un outil majeur de la restructuration des soins primaires qui permettrait un accès pour tous les patients et une réponse aux aspirations des jeunes médecins. Sur VGA il existe à ce jour 2 MSP (Tonneins et le Mas d'Agenais) et une ouverture prochaine sur Clairac. Il n'existe pas de projet actuellement sur Marmande (premier grand pôle de VGA). Comme tout changement, ces nouvelles dynamiques rencontrent de la réticence de la part des professionnels en place. Dans notre étude : 45% des médecins interrogés ne souhaitaient pas intégrer un regroupement pluri-professionnel type maison ou pôle de santé ; 40% ne savaient pas et 15% l'envisageaient. Une thèse réalisée en 2014 sur les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de santé pluri-professionnel a

montré que les principales réticences étaient : le manque de temps avec la crainte que le pôle de santé ne soit une organisation chronophage, le bénéfice incertain tant sur le plan de l'attractivité du territoire que sur l'amélioration des conditions de travail au quotidien. La méconnaissance des projets et du terme pôle sont également des freins, enfin au delà des freins logistiques les projets se heurtent à la peur du changement, la peur de la perte de liberté. (31)

Sur VGA, malgré des manifestations anxieuses des professionnels de santé vis à vis de la pénurie de médecins généralistes à venir on observe une certaines réticences au développement des MSP. Sur le reste du département ces réticences sembleraient avoir été levées. Notons l'absence d'association de formation médicale continue sur le marmandais ; l'absence de dynamique de groupe empêcherait-elle la perception collective du problème et limiterait-elle les échanges et la réflexion entre professionnels et donc l'émergence de projets ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- (2) Anguis M, DRESS, CNG. En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. Etudes et résultats. mars 2017. (1006)
- (3) Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma Alta sur les soins primaires du 12 septembre 1978 [internet]. Disponibles sur http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- (4) Code de la santé publique. Article L4130-1. Legifrance [internet]. disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (5) IRDES. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France Eléments de bibliographie [internet]. décembre 2016 disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
- (6) Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la Santé. Avril 2009;(141)
- (7) VGA. Présentation. [internet]. Disponible sur : <https://www.vg-agglo.com/Presentation,202.html>
- (8) INSEE. Statistiques Comparateurs de territoires, intercommunalité-Métropole de CA Val de Garonne.[internet].2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200030674>
- (9) Observatoire Régional de la Santé aquitaine. La santé des habitants de val de Garonne agglomération.[internet]. Aout 2017. Disponible sur : <http://demo.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/la-sante-des-habitants-de-val-de-garonne-agglomeration>
- (10) VGA, ARS Nouvelle -Aquitaine, Observatoire régional de la Santé Aquitaine. Contrat local de santé de VGA. Assemblée plénière .7 février 2017
- (11) CARSAT Aquitaine. Portrait de territoire assurés et retraités du Régime général Chiffres clés 2015 Département du Lot-et-Garonne. [internet]. 2016. Disponible sur : https://www.carsat-aquitaine.fr/fileadmin/user_upload/fichiers/mini-sites/carsat-aquitaine/pages-de-contenu/rubrique-statistiques/PORTRAIT_LOT_ET_GARONNE.pdf
- (12) Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? Analyses micro-économétriques de l'offre de soins.[thèse en sciences économiques]. Université Paris-Dauphine ; 29 juin 2015

- (13) Attal-Toubert K, Vanderschelden M. DRESS. Démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationale et régionale. Etudes et résultats. Février 2009; (679). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
- (14) Lebreton-Lerouvillois G, Rault JF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Aquitaine. Situation en 2015 [internet].2015. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_aquitaine_2015.pdf
- (15) Assurance maladie. Liste des professionnels de santé. [internet]. Disponible sur annuaire.santé.améli.fr
- (16) Conseil National de l'Ordre des Médecins . Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1er janvier 2017 Profils comparés : 2007/2017 Les territoires au cœur de la réflexion. [internet] 2017. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
- (17) Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousques J, Couralet PE, Chebillard G, et al. L'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Questions d'économie de la Santé. 2013;(189):6 p.
- (18) Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé. Collection Panoramas de la Drees - Santé. avril 2016 ; 160p.
- (19) Bourgueil Y et alii. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaire de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie et de la santé. 2009; (147)
- (20) Baudier F et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. Septembre 2010 ; (157)
- (21) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie. Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité. Etre prêt pour le premier janvier 2015.[internet] juillet 2012;Disponible sur: http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_0.pdf
- (22) Jacobovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-emplois-du-temps-desmedecins,10839.html> 20. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes.
- (23) IRDES. Médecin ayant un mode d'exercice particulier, MEP [internet]. 04 avril 2014. Disponible sur <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/800205.html>
- (24) Micheau J, Molière E, Sens P, L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers solidarité et santé. 2010; (15)
- (25) Circulaire interministérielle relative au lancement d'un plan d'équipement en maison de santé en milieu rural.[internet].27 juillet 2010. Disponible sur le site : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_e_n_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

- (26) Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. En bref. Septembre 2015; (4) : 4 p. Disponible sur : https://core.xvox.fr/PDF/CGET/en_bref_04_cget_09_2015.pdf
- (27) CARDOUX J-N, DAUDIGNY Y. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. [internet]. 26 juillet 2017. Disponible sur <http://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-686-notice.html>
- (28) Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. [Thèse d'exercice de médecine] Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble ; 2011.
- (29) Fauvet L. Les médecins au 1er janvier 2012. Etudes et résultats, DREES. Mars 2012.(796)
- (30) Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. RFAS. 2005. (1) : 28-29
- (31) Bavay L. Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluri-professionnel. L'exemple du projet de pôle de santé du canton de Saint-Savin en Gironde. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nantes ; 2014.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les 43 communes de Val de Garonne agglomération

Figure 2 et 3 : Nombre d'habitants et densité de population par commune sur le territoire de Val de Garonne agglomération

Figure 4 : Variations des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle départementale

Figure 5 : Densité régionale des médecins généralistes en 2016

Figure 6 : variation de la densité des médecins généralistes en France 2007/2016

Figure 7 : Pyramides des âges des médecins généralistes en France en 2016

Figure 8 : Variation des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine entre 2007 et 2015

Figure 9 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Aquitaine en 2015

Figure 10 : Diagramme de flux des médecins inclus dans l'étude

Figure 11 : Age des médecins de VGA

Figure 12 : Ressenti par rapport aux consultations des médecins généralistes

Figure 13: Ressenti des médecins généralistes par rapport aux visites

Figure 14 : comparaison de l'âge des médecins de l'étude et des médecins de la population cible

Figure 15 : MSP et Pôles de santé du Lot-et-Garonne

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : taux de chômage sur VGA en 2013

Tableau 2 : Prévalence des affections de longue durée sur VGA en 2014

Tableau 3 : Enquête sur l'état de santé des collégiens de Marmande , Tonneins et Le Mas d'Agenais en 2015 :2016

Tableau 4 : Densité des professionnels de santé libéraux ou mixtes sur VGA au 1er janvier 2016

Tableau 5 : Âge des professionnels de santé de VGA (2016)

Tableau 6 : Médecins spécialistes exerçant une activité salariée ou libérale au 1er janvier 2016 sur VGA

Tableau 7 : Age des médecins de VGA

Tableau 8 : Nombre d'année d'installation des médecins

Tableau 9 : Nombre de patient dans la patientèle des médecins

Tableau 10 : caractéristiques du temps d'activité des médecins

Tableau 11 : Données du RIAP des médecins généralistes

Tableau 12 : Nombre de semaines de congés annuel des médecins généralistes

Tableau 13 : Difficulté d'obtention d'un rendez vous de spécialité par les médecins généralistes

Tableau 14 : Difficulté d'obtention d'un rendez vous d'imagerie par les médecins généralistes

Tableau 15 : Délai envisagé du départ à la retraite

Tableau 16 : Volume d'activité des médecins de plus ou moins 45 ans

Tableau 17 : Capacité d'accueil ou non en fonction de l'âge des médecins

Tableau 18 : Type d'installation des médecins en fonction de leur âge

Tableau 19 : Volume d'activité des médecins en fonction du délai envisagé de départ à la retraite (moins ou plus de 5ans)

Tableau 20 : Volume d'activité en fonction du sexe

Tableau 21 : Volume d'activité en fonction du type d'installation

ANNEXE : Note explicative et questionnaire distribuées aux médecins généralistes de VGA

Je me présente, Bouras Chatta Leïla, médecin généraliste remplaçant sur le territoire de Val de Garonne Agglomération (VGA). Je fais actuellement un travail de thèse sur l'offre de soins en médecine générale sur VGA. Je suis confrontée au désarroi d'une part des médecins généralistes qui sont dans la difficulté de trouver un remplaçant ou un successeur, qui accumulent les heures de travail face à une demande croissante ; et d'autre part, aux patients devant faire face à des délais d'attente de plus en plus longs ou qui se voient refuser l'accès à un nouveau médecin référent. En effet la démographie médicale dans le Lot et Garonne est faible, la pénurie de médecins généralistes progresse et les besoins en soins augmentent. L'objectif de cette étude est de décrire l'état actuel de l'offre de soins des médecins généralistes dans leur environnement sur VGA et les perspectives futures.

Votre participation est essentielle car il n'existe pas de données provenant des médecins du territoire permettant d'anticiper la menace de restrictions futures d'accès aux soins. C'est l'objet de ce travail qui est encadré par mon directeur de thèse le Dr Joël Hocquelet.

Le questionnaire vous est transmis par courrier et courriel électronique (mail envoyé avec un lien par lequel vous pouvez répondre directement en ligne) ,votre réponse reste à votre convenance, cela prendra une dizaine de minutes. Votre anonymat sera préservé.

La clôture du recueil des données du questionnaire sera le 29 octobre 2017.

Pour toute question n'hésitez pas à me contacter par mail : XXXX@XXXX. Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude n'hésitez pas à me le demander.

Merci d'avance de votre participation.

Confraternellement.

PREMIERE PARTIE : OFFRE ACTUELLE

VOUS

1. Vous êtes ?

un homme

une femme

2. Quel est votre âge ?

3. Quelle est l'université où vous avez passé votre thèse et en quelle année ?

4. En quelle année vous êtes vous installé ?

VOTRE CABINET

5. Vous exercez ?

seul

en groupe

6. Si vous exercez en groupe, précisez le nombre de professionnels de santé du cabinet de groupe pour chacun des métiers suivants (vous inclus) :

	0	1	2	3	4	5
médecin généraliste	<input type="radio"/>					
médecin spécialiste	<input type="radio"/>					
chirurgien-dentiste	<input type="radio"/>					
infirmier	<input type="radio"/>					
masseur-kinésithérapeute	<input type="radio"/>					
psychologue	<input type="radio"/>					
orthophoniste	<input type="radio"/>					
podologue	<input type="radio"/>					
sage-femme	<input type="radio"/>					
diététicienne	<input type="radio"/>					
autre	<input type="radio"/>					

7. Avez vous un secrétariat?

oui

non

8. Si oui, s'agit-il :

d'un(e) secrétaire présent(e) à toutes les horaires d'accueil des patients

d'un(e) secrétaire présent(e) au cours d'une partie des horaires

d'un conjoint collaborateur

d'un secrétariat téléphonique

d'un secrétariat par internet

9. Quelles sont les horaires du cabinet tous médecins généralistes confondus?
(donner les horaires par demi-journée du lundi au dimanche)

10. Faites vous parti d'une structure pluridisciplinaire ?

- oui**
 non

11. Si oui, quelle est son nom ?

12. Votre cabinet est il accessible en fauteuil roulant et est-il conforme aux normes d'accessibilité?

- oui en totalité**
 oui , partiellement
 non

13. Les dossiers médicaux sont ils informatisés ?

- oui**
 non

14. Si oui, quel est le logiciel ?

VOTRE ACTIVITE : Mode d'activité

15. Vous exercez comme :

- médecin titulaire**
- collaborateur libéral**

16. Votre activité de médecine générale est :

- libérale intégrale**
- mixte**

17. Si vous avez une activité mixte , votre activité salariale est :

- médecin hospitalier**
- médecin coordinateur de maison de retraite**
- médecin en centre de santé ou foyer**
- autre**

18. Etes vous maître de stage ?

- oui**
- non**

VOTRE ACTIVITE : volume d'activité

19. De combien de patients êtes vous le médecin traitant ?

Précisez si données ameli (sur le compte professionnel) ou estimation.

20. Combien de jours par semaine travaillez vous ?

21. Combien d'heure par semaine travaillez vous ?

22. Combien dure en moyenne une consultation à votre cabinet ?

23. Combien réalisez vous en moyenne de consultations par semaine ?

24. Combien réalisez vous en moyenne de visites par semaine ?

25. Dans l'ensemble concernant les consultations :

- vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- vous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- vous recevez tout le monde mais en régulant sur les jours suivants éventuellement
- vous refusez régulièrement des patients

26. Concernant les visites :

- vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- vous parvenez à voir tous les patients mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- vous parvenez à voir tous les patients en régulant les jours suivants
- vous refusez régulièrement des visites
- vous ne faites pas de visites

27. Comment assumez vous votre activité ?

- J'assume sereinement mon activité.
- J'arrive à assumer mon activité mais avec quelques difficultés.
- J'arrive à assumer mon activité au prix d'un épuisement professionnel
- Je suis en burn out.

VOTRE ACTIVITE : contenu

28. Avez vous un mode d'exercice particulier ?

Par exemple : homéopathie, acupuncture , allergologie, angiologie ...

- oui
- non

29. Si oui , lequel et en quel pourcentage de votre activité libérale?

30. Vous réalisez :

- des frottis cervicaux vaginaux
- des suivis de grossesse
- des poses d'implants contraceptifs sous cutané
- des DIU
- des ECG
- des EFR ou dépistage de syndrome d'apnée du sommeil
- des échographies
- des petits soins : sutures , pansements, méchage d'épistaxis, etc....

VOTRE ACTIVITE : données RIAP

Vous pouvez répondre aux questions suivantes en utilisant les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Sinon donner une estimation.

31. Je dispose de mon RIAP ?

Oui

Non

32. Quel est votre nombre de consultations par an ?

33. Quel est votre nombre de visites par an ?

34. Quel est votre pourcentage de patients bénéficiers de la CMUc ?

35. Quel est le pourcentage de patients de moins de 16 ans ?

36. Quel est le nombre de patients de plus de 70 ans ?

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

37. Participez vous à la permanence des soins ambulatoires ?

Oui

Non

38. Si oui, estimation du nombre par an :

(Séparer le nombre de gardes réalisées en semaine de celles réalisées le week end)

39. Quel est le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an ?

40. Vous faites vous remplacer pendant vos congés ?

Oui, totalement

Oui, partiellement

Non

41. Si oui, partiellement ou non , pourquoi ?

42. Avez vous des difficultés à trouver des remplaçants pendant vos congés ?

Oui

Non

ENVIRONNEMENT (OFFRE DE SOINS SECONDAIRE/TERTIAIRE/IMAGERIE)

43. Vous est -il difficile d'obtenir rapidement un rendez vous de spécialité pour vos patients ?

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent

44. Si oui, quelles sont les spécialités les plus concernées?

45. Vous est-il difficile d'obtenir rapidement des rendez-vous d'imagerie pour vos patients?

- Non
- Oui, parfois
- Oui, souvent

46. Si oui, quels sont les types d'imageries les plus concernées?

47. D'une manière générale, diriez- vous que l'offre de soins hospitalière (public et privée) du territoire de VGA est :

- satisfaisante
- déficiente
- très déficiente

48. Si vous avez répondu déficiente ou très déficiente , précisez dans quel(s) secteur (s)?

DEUXIEME PARTIE : PERSPECTIVES FUTURES

49. Quand envisagez vous de partir à la retraite ?

- Moins d'un an**
- Moins de 5 ans**
- Entre 5 et 10 ans**
- Plus de 10 ans**

50. Quelle est l'évolution probable de votre activité de médecine générale libérale sur VGA dans 2 ans ?

- cessation totale pour cause de départ à la retraite**
- cessation totale pour cause de départ dans le salariat**
- cessation sur le territoire de VGA**
- diminution de l'activité de plus de 25% de mon activité libérale**
- stabilité de mon activité libérale**
- augmentation de mon activité libérale de plus de 25%**

51. Quelle est l'évolution probable de votre activité de médecine générale libérale sur VGA dans 5 ans ?

- cessation totale pour cause de départ à la retraite**
- cessation totale pour cause de départ dans le salariat**
- cessation sur VGA**
- diminution de mon activité libérale de plus de 25%**
- stabilité de mon activité libérale**
- augmentation de mon activité libérale de plus de 25%**

52. Si vous exercez seul actuellement, envisagez vous de travailler en groupe dans les 2 prochaines années?

- Oui**
- Non**

53. Si vous exercez seul actuellement, envisagez vous de travailler en groupe dans les 5 prochaines années?

- Oui**
- Non**

54. Si vous exercez en groupe, envisagez vous de continuer à travailler en groupe dans les 2 prochaines années ?

- Oui**
- Non**

55. Si vous exercez en groupe, envisagez vous de continuer à travailler en groupe dans les 5 prochaines années ?

- Oui**
- Non**

56. Envisagez vous de vous orientez vers un exercice dans le cadre d'un regroupement pluri-professionnel type maison ou pôle de santé ?

Oui

Non

Ne sais pas

J'exerce déjà dans ce type de structure

57. Etes vous en capacité d'accueillir de nouveaux patients en tant que médecin traitant?

Oui

Non

58. Comment envisagez vous de faire face à l'éventuelle augmentation de demande de médecin traitant ?

Augmentation du temps de travail

Diminution du temps de consultations

Recherche collaborateur ou associé

Ne pas modifier mon activité

59. Vous sentez vous menacé par le burn out ?

Oui

Non

60. Si oui, pourquoi,

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

